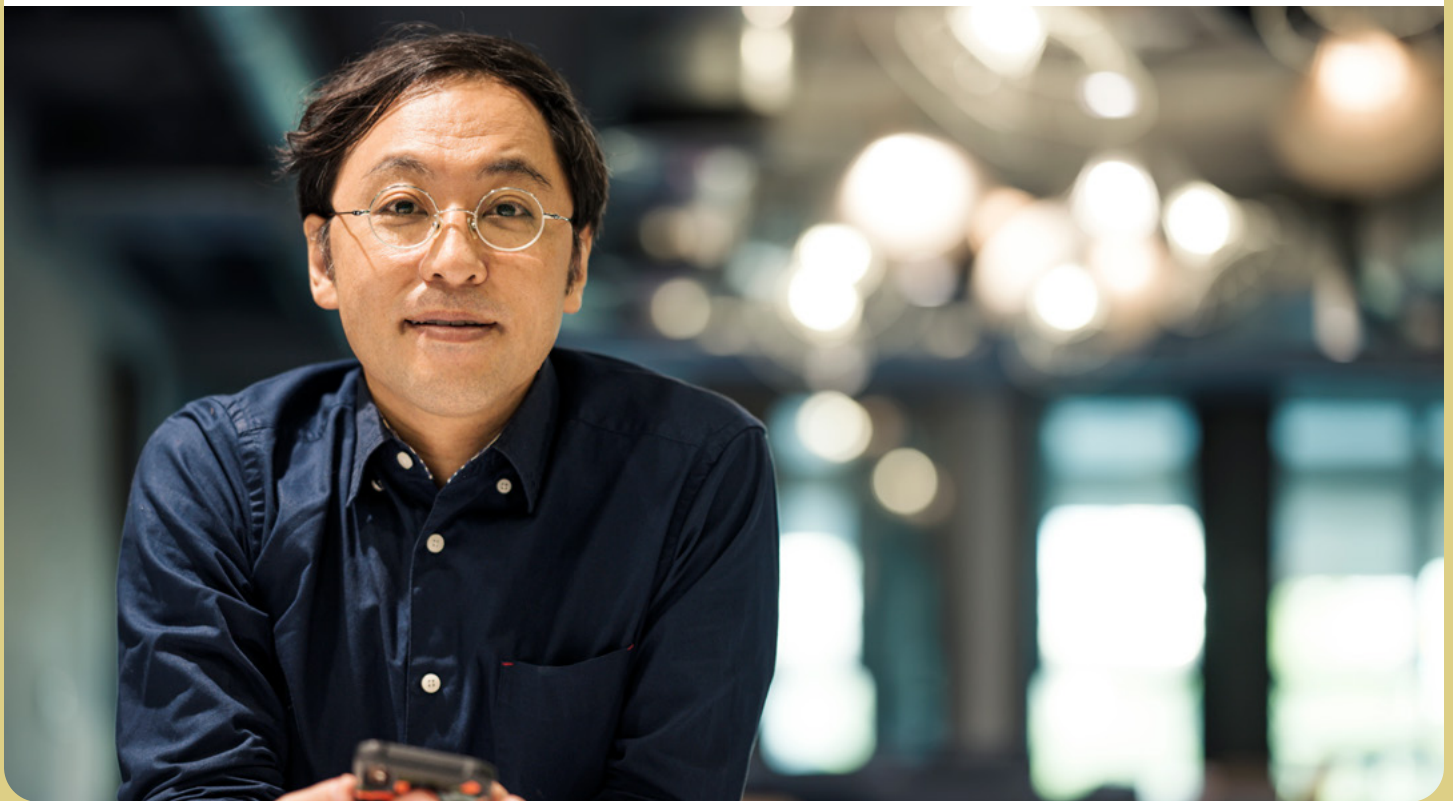




NCCN
GUIDELINES
FOR PATIENTS®

2025

Cáncer de estómago



Presentada con el apoyo de



NATIONAL COMPREHENSIVE CANCER NETWORK®
FOUNDATION
Guiding Treatment. Changing Lives.

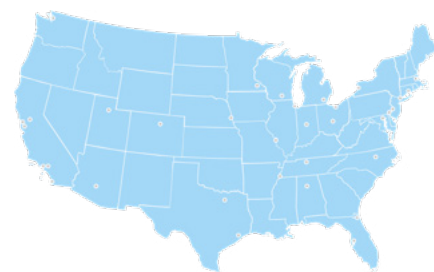
Disponible en Internet en
[NCCN.org/patientguidelines](https://www.nccn.org/patientguidelines)



Acerca de NCCN Guidelines for Patients®



¿Sabía que los principales centros oncológicos de los Estados Unidos colaboran para mejorar la atención oncológica? Esta alianza de los principales centros oncológicos se denomina National Comprehensive Cancer Network® (NCCN®).



La atención oncológica está en cambio constante. NCCN elabora recomendaciones para la atención oncológica basadas en pruebas que utilizan los profesionales de atención médica de todo el mundo. Estas recomendaciones que se actualizan con frecuencia se denominan NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines®). NCCN Guidelines for Patients explican de manera sencilla estas recomendaciones de los expertos para las personas con cáncer y sus cuidadores.

Esta NCCN Guidelines for Patients se basa en NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines®) para pacientes con cáncer gástrico, Versión 2.2025, del 4 de abril de 2025.

Conozca cómo se preparan las NCCN Guidelines for Patients

[NCCN.org/patient-guidelines-process](https://www.nccn.org/patient-guidelines-process)

Ver NCCN Guidelines for Patients gratis en internet

[NCCN.org/patientguidelines](https://www.nccn.org/patientguidelines)

Buscar un centro oncológico de NCCN cerca de usted

[NCCN.org/cancercenters](https://www.nccn.org/cancercenters)

Comuníquese con nosotros



YouTube



Quiénes nos apoyan



NCCN Guidelines for Patients cuenta con el apoyo financiero de NCCN Foundation®

NCCN Foundation agradece profundamente a las siguientes empresas colaboradoras por hacer posible esta NCCN Guidelines for Patients: Jazz Pharmaceuticals, Inc.

NCCN adapta, actualiza y aloja de forma independiente la guía de NCCN Guidelines for Patients. Nuestras empresas colaboradoras no participan en la elaboración de esta NCCN Guidelines for Patients y no se responsabilizan del contenido ni las recomendaciones que se incluyen en la presente guía.



Noviembre es el mes de concientización sobre el cáncer de estómago, y nuestra misión es apoyar la investigación y reunir el apoyo de las personas afectadas por esta enfermedad en todo el mundo. La organización se centra en promover la concientización y la educación sobre el cáncer de estómago, incluido el cáncer gástrico difuso hereditario (mutación del gen *CDH1/CTNNA1*), ofrece una red de apoyo para las familias afectadas y promueve las investigaciones para la realización de pruebas de detección, la detección temprana, el tratamiento y la prevención del cáncer de estómago.

Para hacer una donación u obtener más información, visite la página web o envíe un correo electrónico.

NCCNFoundation.org/Donate

PatientGuidelines@NCCN.org

Contenido

4	Acerca del cáncer de estómago	74	Tratamiento complementario
9	Acerca del estómago	82	Después del tratamiento
15	Estudios para detectar el cáncer de estómago	87	Otros recursos
28	Estadificación del cáncer de estómago	91	Palabras que debe conocer
34	Tipos de tratamiento para el cáncer de estómago	95	Colaboradores de NCCN
51	Cáncer de estómago en estadio temprano	96	Centros oncológicos de NCCN
55	Cáncer de estómago localmente avanzado	98	Índice
63	Recidiva y cáncer metastásico		
70	Carcinoma peritoneal como única enfermedad		

© 2025 National Comprehensive Cancer Network, Inc. Todos los derechos reservados. NCCN Guidelines for Patients, así como las ilustraciones aquí contenidas, no pueden ser reproducidas de ninguna forma ni con ningún propósito sin el consentimiento expreso por escrito de NCCN. Ninguna persona, incluidos los médicos y los pacientes, está autorizada a utilizar NCCN Guidelines for Patients con ningún fin comercial, ni puede afirmar, presuponer o implicar que NCCN Guidelines for Patients que se haya modificado de cualquier manera proviene o surge de NCCN Guidelines for Patients ni que se basa en esta o se relaciona con esta. NCCN Guidelines es un proyecto en curso y puede redefinirse siempre que se descubra información nueva importante. NCCN no ofrece garantía alguna en cuanto a su contenido, uso o aplicación, y se deslinda de cualquier responsabilidad por su aplicación o uso cualquiera sea el modo.

NCCN Foundation tiene como objetivo apoyar a los millones de pacientes y familias afectados por un diagnóstico de cáncer mediante la financiación y distribución de NCCN Guidelines for Patients. NCCN Foundation también se compromete a avanzar en los tratamientos contra el cáncer subsidiando a los médicos prometedores del país en el centro de innovación en cuanto a investigación del cáncer. Para obtener más detalles y acceder a la biblioteca completa de recursos para pacientes y cuidadores, visite [NCCN.org/patients](https://www.nccn.org/patients).

National Comprehensive Cancer Network (NCCN) y NCCN Foundation
3025 Chemical Road, Suite 100, Plymouth Meeting, PA 19462, EE. UU.

1

Acerca del cáncer de estómago

- 5 ¿Qué es el cáncer de estómago?
- 5 ¿Qué sucede en el cáncer de estómago?
- 6 ¿Cómo se trata el cáncer de estómago?
- 7 ¿Cuáles son los factores de riesgo?
- 8 ¿Cuáles son los síntomas?
- 8 ¿Qué puede hacer para recibir la mejor atención?

El cáncer de estómago se produce cuando las células con genes dañados crecen de forma descontrolada en el revestimiento del estómago y forman un tumor. Esta guía para pacientes proporciona información actualizada sobre estudios, estadios y tratamiento del cáncer de estómago a fin de permitirle tomar decisiones informadas junto con su equipo de atención médica.

¿Qué es el cáncer de estómago?

El cáncer de estómago (también llamado cáncer gástrico) se produce cuando las células con genes dañados que se encuentran en el revestimiento del estómago se multiplican, crecen de forma descontrolada y producen un tumor.

El estómago es un órgano muscular hueco y grande que es parte del sistema digestivo. Secreta jugos digestivos y ácido para descomponer los alimentos. También almacena los alimentos y los transporta hacia el intestino delgado, donde se digieren y absorben.

La pared que rodea este dinamo digestivo está formada por muchas capas. Es dentro de esas capas donde comienza el cáncer de estómago. El tumor se forma en la capa más interna de la pared del estómago y crece hacia afuera (y de arriba abajo) atravesando las capas de la pared.

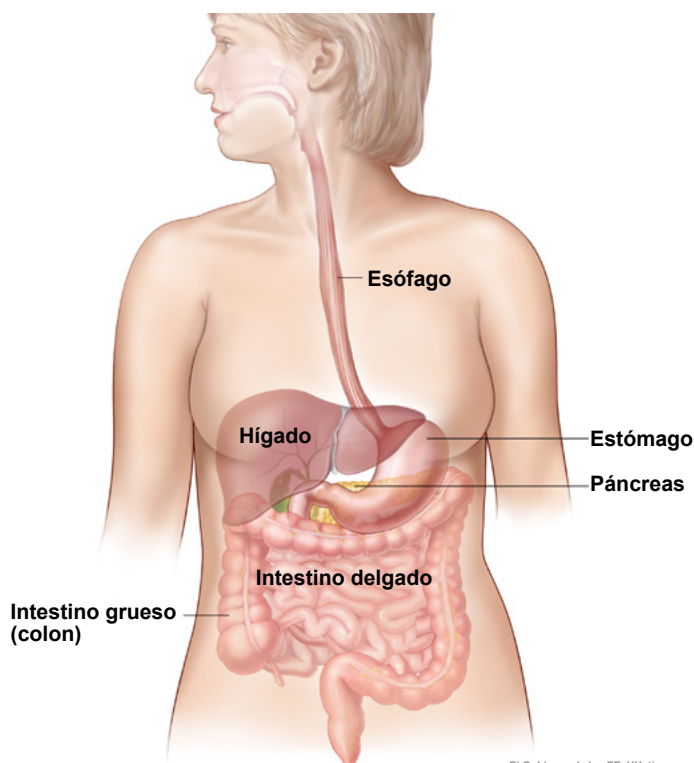
Para obtener más información sobre el estómago, consulte el *Capítulo 2: Acerca del estómago*.

¿Qué sucede en el cáncer de estómago?

El cáncer de estómago tiende a desarrollarse lentamente a lo largo de muchos años. Antes de que se desarrolle el cáncer, suelen producirse cambios precancerosos en el revestimiento interno (mucosa) del estómago. Como estos cambios iniciales rara vez causan síntomas, suelen pasar desapercibidos. Sin embargo, la tecnología más reciente con endoscopios (tubos con cámaras que observan el interior del cuerpo) los detecta en fases más tempranas que antes.

El sistema digestivo

El sistema digestivo toma y descompone los alimentos, absorbe nutrientes y elimina los desechos del cuerpo. Incluye órganos como el hígado, la vesícula biliar, el estómago, el páncreas y los intestinos.



El Gobierno de los EE. UU. tiene determinados derechos

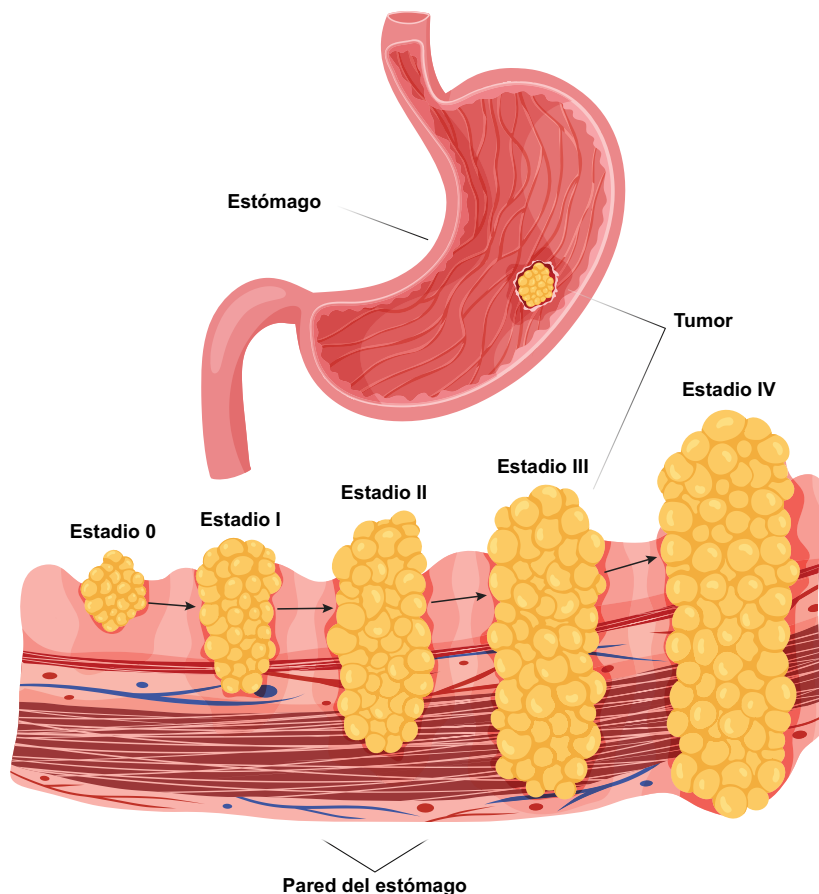
La mayoría de los cánceres de estómago comienzan en las células que producen moco. Estos cánceres se llaman adenocarcinomas. Más de 9 de cada 10 cánceres de estómago son adenocarcinomas y son el tema central de este libro.

A medida que crece, el cáncer de estómago puede extenderse (hacer metástasis) a los ganglios linfáticos cercanos (pequeñas estructuras del sistema inmunitario con forma de frijol que combaten enfermedades) justo fuera del estómago. También puede extenderse mucho más a los vasos linfáticos, los vasos sanguíneos, las venas, las arterias y los órganos, como el hígado, el páncreas y el bazo, así como a otras partes del cuerpo.

¿Cómo se trata el cáncer de estómago?

En general, el tratamiento se basa en el estadio del cáncer de estómago, su ubicación y el estado de salud de la persona con cáncer. El estadio es un número (del 0 al 4) que describe la extensión del cáncer. Generalmente, el tratamiento consiste en cirugía con o sin tratamiento sistémico (quimioterapia e inmunoterapia), pero en realidad depende del estadio y de la extensión del cáncer. Por ejemplo, como el cáncer de estómago en estadio 4 se ha extendido lejos de su sitio original, la cirugía no es una opción, pero el tratamiento sistémico sí podría serlo.

Según el crecimiento del tumor y si se ha extendido a otras partes, el cáncer de estómago se clasifica en cinco estadios: estadio 0, estadio 1, estadio 2, estadio 3 y estadio 4 (también conocido como cáncer metastásico). Esta ilustración solo muestra el crecimiento del tumor, no la afectación de los ganglios linfáticos.



Los estadios del cáncer de estómago se pueden agrupar en tres categorías principales:

- El cáncer de estómago en **estadio temprano** no se ha extendido más allá de la primera capa (mucosa) de la pared del estómago. El tumor suele ser pequeño y no se encuentra en ningún ganglio linfático fuera del estómago. Para obtener más información sobre el tratamiento en este estadio, consulte el *Capítulo 6: Cáncer de estómago en estadio temprano*.
- El cáncer de estómago **localmente avanzado** ha invadido otras capas de la pared del estómago o se ha extendido a los ganglios linfáticos u órganos cercanos al estómago. Para obtener más información, consulte el *Capítulo 7: Cáncer de estómago localmente avanzado*.
- El cáncer de estómago **metastásico** se ha extendido a otras partes del cuerpo. Los sitios con metástasis más comunes son el hígado, el revestimiento abdominal (peritoneo) y los ganglios linfáticos distantes. También puede haberse extendido a los pulmones o los huesos. Para obtener más información, consulte el *Capítulo 8: Recidiva y cáncer metastásico*.

¿Cuáles son los factores de riesgo?

El factor de riesgo aumenta la probabilidad de desarrollar una enfermedad. Los factores de riesgo del cáncer de estómago pueden ser la exposición a enfermedades, infecciones, una dieta determinada, el tabaquismo o un familiar con cáncer de estómago. Si presenta alguno de estos factores de riesgo, no significa que tendrá cáncer de estómago. Simplemente significa que podría ser más probable porque aumentan la posibilidad de daño en las células del revestimiento del estómago.

Por qué debería leer este libro

Tomar decisiones sobre la atención oncológica puede ser estresante. Es posible que tenga que tomar decisiones difíciles bajo presión sobre opciones complejas.

Las NCCN Guidelines for Patients son fiables tanto para los pacientes como para los proveedores de atención médica. En ellas, se explican con claridad las recomendaciones de atención actuales formuladas por respetados expertos en la materia. Las recomendaciones se basan en las investigaciones más recientes y prácticas de los mejores centros oncológicos.

La atención oncológica no es igual para todas las personas. Si sigue las recomendaciones de los expertos para su situación, tendrá más probabilidades de mejorar su atención y obtener mejores resultados. Utilice este libro como guía para encontrar la información que necesita para tomar decisiones importantes.

Estos son los principales factores de riesgo:

- Tener una infección por *Helicobacter pylori* (*H. pylori*).
- Tener antecedentes de gastritis crónica o reflujo ácido.
- Tener antecedentes familiares de cáncer de estómago.
- Llevar una dieta con poco consumo de frutas y verduras, pero alta en sal, productos ahumados o alimentos procesados.

- Tomar alcohol.
- Fumar.
- Tener obesidad.

¿Cuáles son los síntomas?

Con frecuencia, el cáncer de estómago no causa síntomas hasta que se encuentra en estadios avanzados. No obstante, cuando causa síntomas, puede ser los siguientes:

- Sensación de hinchazón, distensión o dolor abdominal, con o sin eructos excesivos después de comer.
- Náuseas.
- Indigestión.
- Regurgitación (retorno de la comida tragada a la boca).
- Vómitos con sangre.
- Deposiciones (heces) oscuras.
- Disminución de peso inexplicable o involuntaria.
- Sensación de hinchazón después de comer una pequeña cantidad de comida.
- Sensación de debilidad o fatiga (cansancio).
- Anemia (baja cantidad de glóbulos rojos que puede causar debilidad y cansancio extremo).
- Acidez estomacal.
- Dificultad para tragar que empeora con el tiempo.

¿Qué puede hacer para recibir la mejor atención?

Luche por usted. Usted tiene un papel importante que desempeñar en su cuidado. En realidad, es más probable que obtenga la atención que desea si hace preguntas y toma decisiones compartidas con su equipo de atención médica.

Las NCCN Guidelines for Patients le ayudarán a comprender los cuidados oncológicos. Con una mejor comprensión, tendrá más preparación para hablar de sus cuidados con su equipo y compartir sus inquietudes. Muchas personas se sienten más satisfechas cuando desempeñan un papel activo en su atención.

Es posible que no sepa qué preguntar a su equipo de atención médica. Eso es frecuente. Cada capítulo de este libro termina con una sección importante titulada *Preguntas para hacer*. Estas sugerencias de preguntas le ayudarán a obtener más información sobre todos los aspectos de su atención.

Dé el siguiente paso y siga leyendo para saber cuál es el mejor cuidado para usted.

2

Acerca del estómago

- 10 El estómago
- 10 Partes del estómago
- 11 Pared del estómago
- 12 Ganglios linfáticos cercanos
- 14 ¿Cuál es el siguiente paso?
- 14 Puntos clave
- 14 Preguntas para hacer

Saber cómo funcionan el estómago y los ganglios linfáticos cercanos permite comprender mejor el cáncer de estómago. En este capítulo, se explica este proceso.

El estómago

El estómago se encuentra en la parte superior del abdomen, justo debajo de las costillas. Se conecta con el esófago en la parte superior y con el intestino delgado en la parte inferior. Los alimentos y las bebidas entran por la boca y pasan por el esófago hasta el estómago.

La función principal del estómago es tomar los alimentos ingeridos, mezclarlos y descomponerlos para que el intestino delgado pueda digerirlos. Los músculos del estómago se contraen mientras este secreta enzimas y ácido que convierten lo que comemos y bebemos en un líquido parcialmente digerido llamado quimo. Como solo se liberan pequeñas cantidades de quimo a la vez para que pasen al intestino delgado, el estómago también sirve como lugar de almacenamiento temporal. El intestino grueso prepara los alimentos no digeridos restantes para que el cuerpo los evacue.

Dato:

Cuando está vacío, el estómago tiene aproximadamente el tamaño de una lata de refresco y puede contener cerca de 70 g, pero después de comer, puede expandirse hasta contener aproximadamente 900 g de comida.

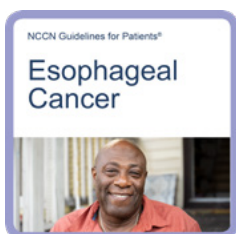
Partes del estómago

El estómago tiene las siguientes partes:

- **Cardias:** la abertura donde el esófago se conecta con el estómago debajo de la válvula, cuya función es prevenir el reflujo.
- **Fondo:** la parte superior del estómago, que forma una protuberancia más alta que la abertura del esófago (la más alejada del píloro). Almacena los alimentos no digeridos y los gases liberados durante la digestión.
- **Cuerpo:** la parte principal del estómago.
- **Antro:** la parte inferior del estómago donde los alimentos se mezclan con las enzimas y el ácido.
- **Píloro:** conecta el estómago con la primera parte del intestino delgado (duodeno). El píloro es una válvula que se abre y se cierra durante la digestión. Permite que los alimentos parcialmente digeridos y otros contenidos estomacales pasen del estómago al intestino delgado.

El esófago se une al estómago justo debajo del diafragma en la unión esofagogástrica (UEG). El diafragma es el músculo respiratorio delgado ubicado debajo de los pulmones y el corazón, que separa el tórax del abdomen.

Los tumores que se originan cerca del esófago se tratan como cánceres de esófago. Puede encontrar más información sobre el cáncer de esófago en [NCCN.org/patientguidelines](https://www.nccn.org/patientguidelines) y en la aplicación [NCCN Patient Guides for Cancer](#).



Pared del estómago

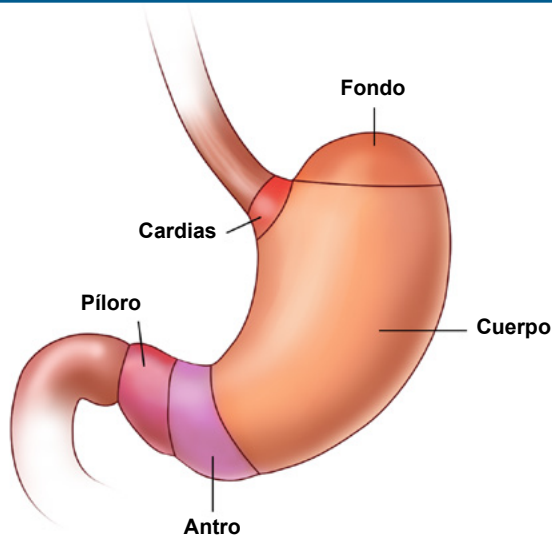
El cáncer de estómago comienza en la capa más interna de la pared del estómago y se extiende más profundamente desde allí, por lo que es útil comprender cuáles son sus capas. Las capas interna y externa del estómago son membranas (una capa delgada de tejido que recubre las partes del cuerpo). Entre estas membranas, hay capas de músculo y tejido conectivo.

La pared del estómago está compuesta por cinco capas principales.

- **Mucosa:** membrana interna que está en contacto con los alimentos. Consta de tres capas:
 - Epitelio superficial: una capa delgada y húmeda de células que forma el revestimiento interno del estómago. El epitelio produce un líquido pegajoso y espeso, llamado moco, que protege el estómago.

Partes del estómago

Las partes del estómago incluyen el cardias, el fondo, el cuerpo, el antro y el píloro. El estómago forma parte del sistema digestivo. Muchos ganglios linfáticos se encuentran a lo largo de las curvaturas menor y mayor del estómago.



El Gobierno de los EE. UU. tiene determinados derechos

- **Lámina propia:** un tipo de tejido conectivo que se encuentra debajo del epitelio. Dentro de la lámina propia, y sostenidas por ella, se encuentran las glándulas estomacales formadas por células que producen enzimas, ácido, moco y hormonas.
- **Capa muscular de la mucosa:** una franja delgada de músculo que separa la mucosa de la submucosa.
- **Submucosa:** capa de tejido conectivo, vasos sanguíneos y células nerviosas. También contiene canales y vasos linfáticos más grandes.
- **Músculo:** un tipo de tejido blando que se contrae para ayudar a que los alimentos pasen por el estómago. También se denomina capa muscular propia.

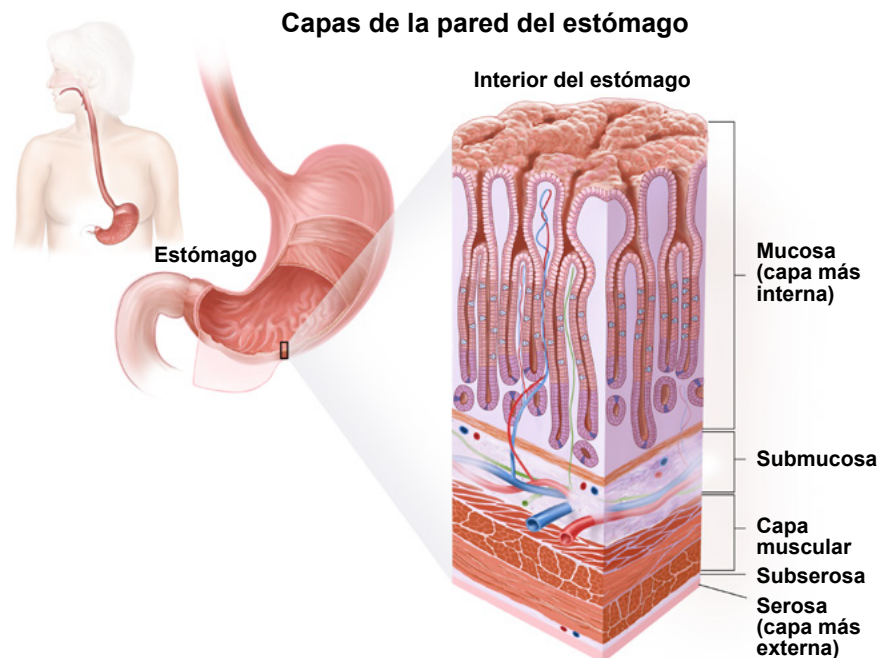
- **Serosa:** membrana externa que recubre el estómago. La serosa también se denomina membrana serosa.
- **Subserosa:** una capa de tejido conectivo que sostiene la serosa.

Ganglios linfáticos cercanos

Existen cientos de ganglios linfáticos en muchas zonas del cuerpo. Forman parte del sistema inmunitario y filtran bacterias, virus y algunas células cancerosas. Los ganglios linfáticos que se encuentran cerca del estómago se denominan ganglios linfáticos regionales. El cáncer que se encuentra en los ganglios linfáticos regionales se llama metástasis de los ganglios linfáticos y se considera un tipo de cáncer con extensión regional o localmente avanzado. Es diferente de una metástasis a distancia, que se encuentra lejos del tumor principal del estómago.

Capas de la pared del estómago

La pared del estómago está compuesta por cinco capas: la mucosa, la submucosa, la capa muscular, la subserosa y la serosa.



El Gobierno de los EE. UU. tiene determinados derechos

La linfa es un líquido transparente que contiene glóbulos blancos que combaten las infecciones y que fluye por todo el sistema linfático. Fluye desde la pared del estómago hacia los vasos linfáticos en la mucosa y la submucosa. Desde allí, fluye hacia los ganglios linfáticos que se encuentran fuera del estómago. Hay varios grupos de ganglios linfáticos regionales que drenan la pared del estómago. Entre estos, están los pilóricos (zona del píloro del estómago), los perigástricos, los pericárdicos en la UEG y los ganglios linfáticos que se encuentran cerca de órganos y arterias, como el páncreas, el bazo (esplénicos) y el hígado (hepáticos).

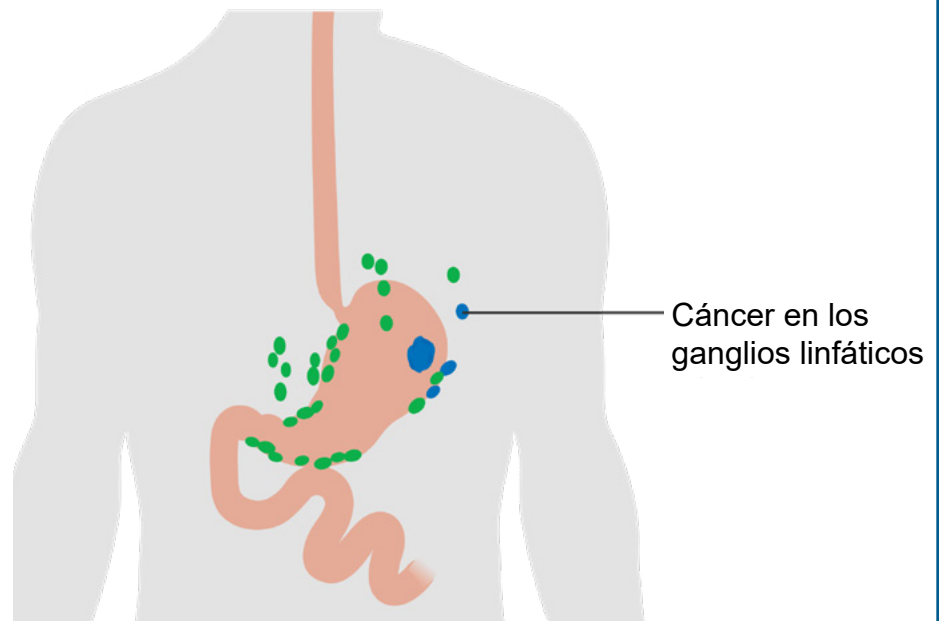
El grupo más grande de ganglios linfáticos del estómago son los perigástricos que se encuentran en las curvaturas menor y mayor del estómago y en los epiplones. Los epiplones son pliegues de tejido delgado que recubren el abdomen (peritoneo) y rodean el estómago y otros órganos del abdomen.

La extirpación de los ganglios linfáticos en el cáncer de estómago se llama disección de los ganglios linfáticos o disección ganglionar. Se deben extirpar y analizar al menos 16 ganglios linfáticos regionales (disección de D1). Sin embargo, en el cáncer de estómago, se suele recomendar la extirpación de más de 30 ganglios linfáticos regionales (disección de D2). Esto ayuda a mejorar la precisión en la estadificación y la posible supervivencia, especialmente en casos de cáncer avanzado. Solo debe realizarse en centros con experiencia en esta área. Para obtener más información sobre la disección de ganglios linfáticos, consulte el *Capítulo 5: Tipos de tratamiento para el cáncer de estómago*.

Cáncer en los ganglios linfáticos regionales

En el cáncer de estómago locorregional o localmente avanzado, el cáncer puede haberse extendido a los ganglios linfáticos cercanos al estómago.

https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Diagram_showing_stomach_cancer_cells_in_the_lymph_nodes_CRUK_274.svg



¿Cuál es el siguiente paso?

Ahora que ya sabe cómo funcionan el estómago y los ganglios linfáticos circundantes, podrá comprender mejor su tratamiento del cáncer. Lea el siguiente capítulo para obtener más información sobre las pruebas que necesita antes de comenzar su tratamiento.

Puntos clave

- ▶ El estómago está conectado al esófago, que se encuentra en la parte superior, y al intestino delgado, en la parte inferior.
- ▶ Las contracciones del estómago, junto con las enzimas y el ácido, descomponen los alimentos y forman el quimo.
- ▶ El quimo pasa, en pequeñas cantidades, del estómago al intestino delgado.
- ▶ La pared del estómago está compuesta por cinco capas principales.
- ▶ El cáncer que se encuentra en los ganglios linfáticos regionales se llama metástasis de los ganglios linfáticos.
- ▶ La extirpación de los ganglios linfáticos en el cáncer de estómago se llama disección de los ganglios linfáticos o disección ganglionar.

Preguntas para hacer

- ▶ ¿Hasta dónde llegó el cáncer en la pared del estómago?
- ▶ ¿El cáncer que tengo alcanzó los ganglios linfáticos fuera del estómago?
- ▶ ¿Tendré efectos secundarios cuando se extirpen los ganglios linfáticos?

3

Estudios para detectar el cáncer de estómago

- 16 Resultados de los estudios
- 16 Estudios médicos generales
- 18 Estado funcional
- 18 Evaluación nutricional
- 19 Análisis de sangre
- 19 Estudios de diagnóstico por imágenes
- 21 Procedimientos de endoscopia
- 22 Estudios de *H. pylori*
- 22 Biopsia
- 23 Análisis de riesgo genético
- 24 Pruebas de biomarcadores
- 27 ¿Cuál es el siguiente paso?
- 27 Puntos clave
- 27 Preguntas para hacer

La planificación del tratamiento comienza con los estudios. En este capítulo, se presenta una descripción general de los estudios que puede realizarse y qué puede esperar.

Resultados de los estudios

Los resultados de estudios de diagnóstico por imágenes, análisis de sangre y biopsias (incluidas las pruebas de biomarcadores) se utilizarán para orientar su plan de tratamiento. Es importante que comprenda lo que significa cada estudio. Haga preguntas y guarde copias de los resultados de sus estudios. Los portales para pacientes en Internet son una excelente manera de acceder a los resultados de sus estudios.

Tenga en cuenta lo siguiente:

- Elija a un amigo, familiar o compañero que pueda llevarlo a las citas, proporcionarle las comidas o darle apoyo emocional durante el diagnóstico y el tratamiento.
- Lleve compañía a sus citas médicas siempre que sea posible.
- Escriba preguntas y tome notas durante las citas. No tenga miedo de hacer preguntas a su equipo de atención médica.
- Haga copias de los resultados de los análisis de sangre, de los estudios de diagnóstico por imágenes y de los informes sobre el tipo específico de cáncer que tiene. Suelen estar disponibles de forma electrónica en un portal para pacientes.
- Organice su documentación. Arme archivos para los formularios del seguro, la historia clínica y los resultados de las pruebas. Puede hacer lo mismo en su computadora.

- Elabore una lista con la información de contacto de todos los miembros del equipo de atención médica. Guárdela en su teléfono. Coloque la lista en la puerta del refrigerador o guárdela en un lugar donde alguien pueda acceder a ella en caso de emergencia. Mantenga informado a su profesional de atención primaria sobre los cambios en esta lista. Le recomendamos que mantenga informado a su proveedor médico. Son grandes socios en su atención.
- Incluya información sobre el tipo exacto de cáncer, los tratamientos y la fecha en que se inició cada tratamiento en su lista de contactos.

Para conocer los posibles estudios, consulte la **Guía 1**.

Estudios médicos generales

Antecedentes médicos

Los antecedentes médicos, a veces llamados historia clínica, son un registro de todos los problemas de salud y tratamientos que ha tenido durante su vida. Prepárese para enumerar las enfermedades o lesiones que ha tenido y cuándo ocurrieron. Si ha tenido una infección por *H. pylori* (bacteria) o recibió tratamiento para esto, es importante que se lo informe a su equipo médico.

Lleve una lista de los medicamentos nuevos y antiguos e incluso los de venta libre, herbarios o los suplementos que esté tomando. Algunos suplementos interactúan con los medicamentos que su equipo de atención médica puede recetarle y los afectan.

Informe al equipo de atención médica sobre cualquier síntoma que tenga. Los antecedentes médicos pueden ayudar a decidir qué tratamiento es el mejor para usted.

Antecedentes familiares

Algunos tipos de cáncer, como otras enfermedades, son hereditarios. Su médico le preguntará sobre los antecedentes médicos de sus familiares consanguíneos. Esta información se llama antecedentes familiares.

Pregunte a los miembros de ambos lados de su familia sobre problemas de salud como afecciones cardíacas, cáncer y diabetes, y a qué edad se los diagnosticaron. Es importante saber el tipo de cáncer específico o dónde comenzó el cáncer, si se encuentra en varios lugares y si se hicieron pruebas genéticas.

Guía 1

Pruebas posibles (también llamadas estudios de diagnóstico) y asesoramiento para el cáncer de estómago

Antecedentes médicos y examen físico. Revisión de antecedentes familiares.

Esofagogastroduodenoscopia (EGD) y biopsia.

TC de tórax y abdomen con medio de contraste oral e IV. TC de pelvis con medio de contraste según sea necesario.

Evaluación con una TEP/TC con FDG (de la base del cráneo a la mitad del muslo) para la enfermedad metastásica o localmente avanzada o si es necesario.

Hemograma completo (HC) y perfil bioquímico completo.

Ecografía endoscópica (EE) si se sospecha enfermedad en estadio temprano o si se debe determinar si es una enfermedad en estadio temprano o localmente avanzada (preferido).

La resección endoscópica (RE) es esencial para la estadificación adecuada de los cánceres en estadio temprano.

Biopsia de la enfermedad metastásica según sea necesario.

Pruebas de MSI y MMR para todos los pacientes recién diagnosticados.

Pruebas de HER2 y PD-L1 si se sospecha enfermedad avanzada o metastásica.

Prueba de CLDN18.2 si se sospecha enfermedad avanzada o metastásica.

Evaluación y asesoramiento nutricional.

Recomendación, asesoramiento y medicamentos para dejar de fumar de ser necesario.

Prueba para detectar infección por *H. pylori* y, en caso positivo, tratamiento. Realización de estudios genéticos según sea necesario y recomendación de pruebas de *H. pylori* a familiares cercanos.

Prueba de secuenciación de la próxima generación (NGS) (recomendado).

Examen físico

Durante un examen físico, el profesional sanitario puede:

- Tomar la temperatura, la presión arterial, el pulso y el ritmo de su respiración.
- Controlar su altura y peso.
- Auscultar el corazón y los pulmones.
- Observar sus ojos, oídos, nariz y garganta.
- Palpar y aplicar presión en distintas partes del cuerpo para ver si los órganos tienen tamaño normal, están blandos o duros o si duelen cuando los toca.
- Palpar los ganglios linfáticos agrandados en el cuello, la axila y la ingle.

Estado funcional

El estado funcional es una estimación del nivel general de aptitud física de una persona y su capacidad para realizar tareas cotidianas. Es un factor que se tiene en cuenta al decidir la intensidad del tratamiento (cirugía, tratamiento sistémico, etc.) que usted y su cuerpo pueden tolerar.

Evaluación nutricional

Debe atenderse con un nutricionista antes de comenzar el tratamiento, ya que podrá recomendarle los mejores alimentos y bebidas para usted.

El cáncer de estómago puede hacerle perder el apetito. También es posible que se sienta saciedad después de comer muy poco. Estos cambios pueden provocar una pérdida excesiva de peso o debilidad y cansancio.



¿Cuáles son sus antecedentes médicos familiares en relación con el cáncer?

Algunos tipos de cáncer y otras enfermedades son hereditarios, es decir, se relacionan con usted a través de los genes que se transmiten de los padres biológicos a los hijos. Esta información se llama antecedentes médicos familiares. Pregunte a sus parientes consanguíneos sobre sus problemas de salud, como afecciones cardíacas, cáncer y diabetes, y a qué edad se los diagnosticaron. En el caso de los familiares a los que se les ha diagnosticado un cáncer, averigüe qué tipo de cáncer tuvieron, si murieron a causa del cáncer y a qué edad se les diagnosticó.

Empiece por sus padres, hermanos e hijos. Luego, hable con sus medio hermanos, tíos, sobrinos, abuelos y nietos.

Escriba todo lo que averigüe sobre sus antecedentes familiares y comparta esta información con el profesional de atención médica.

Estas son algunas de las preguntas que debe hacer:

- ✓ ¿Qué edad tenía cuando recibió el diagnóstico de cada una de estas enfermedades y problemas de salud?
- ✓ ¿Cuál es la ascendencia de su familia?
¿De qué países proceden sus antepasados?

Es importante que reciba una nutrición adecuada y continua antes de comenzar el tratamiento. Puede que necesite recibir alimentos a través de una sonda de alimentación, que es un tubo de plástico blando que se inserta en el abdomen y llega directamente al estómago (sonda de gastrostomía o sonda G) o al intestino delgado (sonda de yeyunostomía o sonda J).

Análisis de sangre

Los análisis de sangre comprueban si hay signos de la enfermedad y el funcionamiento de los órganos. Se necesita una muestra de sangre, que se toma con una aguja que se coloca en una vena. A continuación, se describen algunos análisis de sangre.

Hemograma completo

El hemograma completo (HC) es un estudio que mide los niveles de glóbulos rojos, glóbulos blancos y plaquetas en una muestra. Los glóbulos rojos llevan el oxígeno a todo el cuerpo, los glóbulos blancos combaten infecciones y las plaquetas controlan el sangrado. Un número bajo o alto de cualquiera de estas células sanguíneas puede indicar un problema.

Perfil metabólico completo

El perfil metabólico completo (PMC) mide 14 sustancias diferentes en la sangre. Suele realizarse con el plasma de la sangre. El PMC proporciona información importante sobre el funcionamiento de sus riñones e hígado, entre otras cosas.

CA 19-9 y ACE

El antígeno del cáncer 19-9 (CA 19-9) y el antígeno carcinoembrionario (ACE) son proteínas que ocasionalmente producen los tumores y que pueden detectarse en la sangre. Estos marcadores tumorales pueden tener niveles más altos de lo normal en personas con ciertos tipos de cáncer. La repetición de estas pruebas a lo largo del tiempo puede indicar si un tratamiento está funcionando.

Estudios de diagnóstico por imágenes

Los estudios de diagnóstico por imágenes permiten observar el interior del cuerpo mediante imágenes. Pueden mostrar dónde se originó el cáncer (el tumor primario) y detectar cáncer en otras partes del cuerpo.

El radiólogo, un médico que interpreta los estudios de diagnóstico por imágenes, redactará un informe y se lo enviará a su profesional de atención médica. Es probable que el informe se envíe directamente a través del portal para pacientes o sistema de acceso de pacientes. Debe analizar estos resultados con su profesional médico.

No se le realizarán todos los estudios de diagnóstico por imágenes que se detallan. Esto es solo una descripción general.

TC

Una exploración por tomografía computarizada (TC o TAC) combina rayos X y tecnología informática para tomar imágenes detalladas del interior del cuerpo. La TC de tórax, abdomen o pelvis se puede utilizar como un estudio para detectar el cáncer. El medio de contraste oral (por la boca) e intravenoso (a través de una vena, llamado IV) suelen utilizarse en conjunto cuando se realiza un estudio para detectar el cáncer de estómago.

RM

La exploración por resonancia magnética (RM) usa imanes potentes y ondas sonoras para tomar imágenes digitales del interior del cuerpo. No se utilizan rayos X. Es posible que se utilice un medio de contraste.

Medio de contraste

A veces, el medio de contraste se utiliza para obtener imágenes más claras del interior del cuerpo. Los medios de contraste no son tintes, sino sustancias que ayudan a realzar y mejorar las imágenes de varios órganos y estructuras en el cuerpo. El medio de contraste no es permanente y se expulsará del cuerpo a través de la orina

inmediatamente después del estudio. Los tipos de medios de contraste varían y son diferentes para la TC y la RM.

Avise a su equipo de atención médica si ha tenido alguna vez reacciones alérgicas al medio de contraste. Esto es importante. Es posible que le administren medicamentos para evitar los efectos de dichas alergias. Es posible que no se utilice el medio de contraste si tiene una alergia grave o si sus riñones no funcionan bien.

TEP

En la tomografía por emisión de positrones (TEP) se utiliza un radiomarcador. El radiomarcador es una sustancia que se inyecta en una vena y que hace que el cáncer se vea como puntos brillantes en las exploraciones por TEP. Sin embargo, no todos los tumores aparecen en una exploración por TEP y no todos los puntos brillantes son cáncer. Es normal que el cerebro, el corazón, los riñones y la vejiga se vean brillantes en la exploración por TEP. La inflamación o la infección también pueden verse como un punto brillante. Cuando la exploración por TEP se combina con una TC, este procedimiento se conoce como exploración por TEP/TC.

Tomógrafo

El tomógrafo es una máquina grande que tiene un túnel en el centro. Durante el examen, se acostará boca arriba sobre una tabla que se desliza lentamente hacia dentro de un túnel en el equipo.



TEP/TC con FDG

En una TEP/TC con FDG, se utiliza un radiomarcador, llamado fluorodesoxiglucosa F-18 (FDG), que es un marcador radiactivo unido a una molécula de azúcar. Esta exploración es más útil cuando los resultados de otros estudios por imágenes no son claros. La TEP/TC con FDG puede ayudar a detectar el cáncer en los ganglios linfáticos y zonas distantes. No puede comer ni beber durante al menos 4 horas antes del estudio.

Ecografía

La ecografía usa ondas sonoras de energía alta para generar imágenes del interior del cuerpo. Es similar a la ecografía realizada en el embarazo. Se sostiene una sonda en forma de varilla (transductor) y se mueve sobre la piel cubierta con un gel. La ecografía no duele ni utiliza rayos X. También puede servir para mostrar pequeñas áreas de cáncer que están cerca de la piel. A veces, se usa una ecografía para guiar una biopsia.

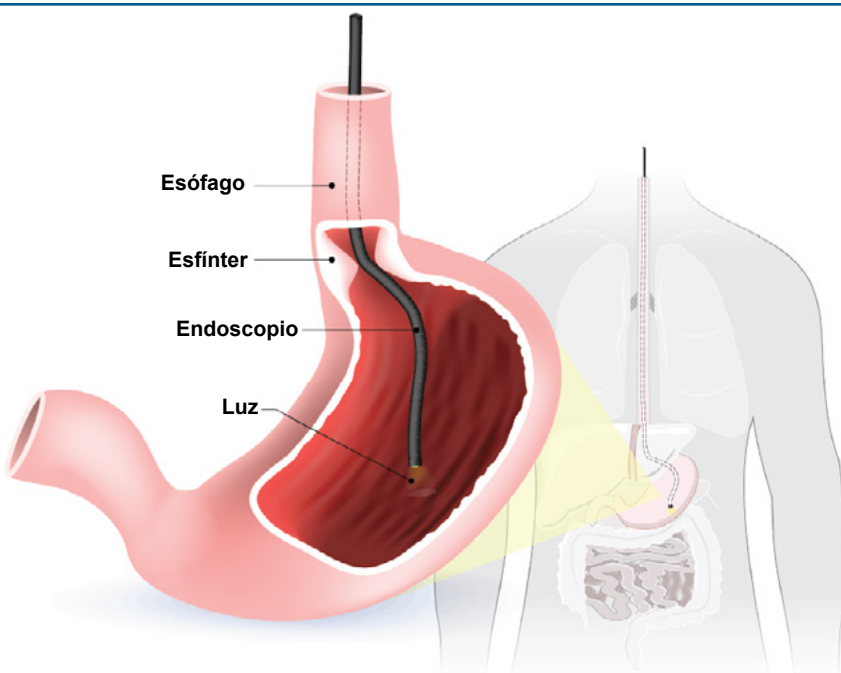
Procedimientos de endoscopia

Algunos estudios de diagnóstico por imágenes son más invasivos y utilizan un instrumento delgado con forma de tubo, llamado endoscopio, que se inserta en el cuerpo para tomar imágenes. Un extremo del endoscopio tiene una pequeña luz y una cámara para ver el interior del cuerpo. El endoscopio se introduce en el cuerpo a través de una abertura natural, como la boca, la nariz o el ano. También se puede insertar a través de una pequeña incisión quirúrgica. Las imágenes se envían a un monitor, para que el médico pueda observar el interior de los órganos internos y realizar una biopsia, colocar un *stent* o realizar otras tareas.

El tipo de instrumento que suele utilizarse para el cáncer de estómago es el endoscopio. Se introduce en el cuerpo a través de la boca. La endoscopia es una herramienta importante para el diagnóstico, la estadificación, el tratamiento y la atención de los pacientes con cáncer de estómago.

Endoscopia GI superior

La endoscopia GI (gastrointestinal) superior permite al médico ver la pared interna del estómago y del esófago. Si se realiza una ecografía, el médico podrá ver las capas más profundas de la pared y los órganos cercanos.



Antes de la endoscopia, se le administrarán medicamentos para que pueda relajarse o dormir durante el procedimiento.

Ecografía endoscópica

La ecografía endoscópica (EE) es una parte importante del diagnóstico y la estadificación del cáncer, ya que utiliza imágenes y un endoscopio para determinar qué tanto creció el tumor en la pared del estómago. Se pueden detectar signos de cáncer dentro de los ganglios linfáticos y otros órganos cercanos también. Además, se pueden realizar biopsias de los ganglios linfáticos sospechosos.

Es más probable que le realicen una ecografía endoscópica si su equipo de atención médica sospecha que el cáncer no se ha extendido demasiado en la pared del estómago (cáncer en estadio temprano) o para determinar si el cáncer está en estadio temprano o localmente avanzado.

Endoscopia GI superior

En una endoscopia gastrointestinal (GI) superior (también conocida como esofagogastroduodenoscopia o EGD), se introduce un endoscopio por la garganta hacia el esófago, el estómago y las partes superiores del intestino delgado (duodeno). Se utiliza para inspeccionar el revestimiento de estos órganos y para observar si hay signos de cáncer u otras anomalías, como agrandamiento de vasos sanguíneos o úlceras. Después de la endoscopia, es posible que sienta dolor e inflamación en la garganta.

Laparoscopia

La laparoscopia (cirugía laparoscópica) es un tipo de procedimiento quirúrgico que permite al cirujano ver el interior del abdomen. Utiliza un instrumento similar a un endoscopio, llamado laparoscopio, que puede introducir una cámara o instrumentos quirúrgicos por el abdomen.

Primero, se le administrará anestesia general para que se duerma y no sienta ningún dolor. Luego, el cirujano insertará el laparoscopio a través de una pequeña incisión en el abdomen (se considera una cirugía mínimamente invasiva).

La laparoscopia puede utilizarse para determinar el estadio de la enfermedad y descartar metástasis. Puede detectar si el cáncer se ha extendido dentro del abdomen, lo que podría haberse pasado por alto en los estudios de diagnóstico por imágenes. También se puede utilizar para obtener muestras de biopsia. En ocasiones, la laparoscopia se utiliza a fin de determinar si es elegible para realizarse una cirugía.

Estudios de *H. pylori*

Helicobacter pylori (*H. pylori*) es una bacteria que causa una infección en el revestimiento del estómago. Aumenta el riesgo de que una persona desarrolle cáncer de estómago. Se le realizarán estudios para detectar la infección y, si la tiene, sus familiares también podrían tenerla, ya que se transmite comúnmente entre familias. Los estudios de *H. pylori* se pueden realizar mediante un análisis de sangre o prueba de aliento, una muestra de heces o durante una endoscopia.

Biopsia

La biopsia es un procedimiento en el que se extraen muestras de fluido o tejido que se analizan para detectar una enfermedad.

Para el cáncer de estómago, se puede realizar una biopsia durante una endoscopia. Se pueden tomar varias muestras del tumor, la pared del estómago o el esófago, los ganglios linfáticos o los órganos junto al estómago, como el hígado. Las muestras se enviarán a un anatomopatólogo, un médico que examina células con el microscopio para detectar cáncer.

Entre otros tipos de biopsias se incluyen:

- La **aspiración con aguja fina (AAF) o biopsia por punción con aguja gruesa (CB)** utiliza agujas de diferentes tamaños para extraer una muestra de tejido o líquido. El médico puede usar una ecografía para guiar la aguja u otro instrumento.
- Los **raspados** consisten en extraer muestras del tumor o células con un cepillo pequeño en el extremo del endoscopio.
- Los **lavados** utilizan una solución estéril para lavar la zona del abdomen y, luego, se quita la solución para detectar células cancerosas. Generalmente, esto se realiza durante la cirugía.
- Se pueden extraer **muestras de líquido** de la cavidad abdominal para analizarlas en busca de células cancerosas.
- La **biopsia líquida** utiliza una muestra de sangre para analizarla.

Biopsia de metástasis

La metástasis es la extensión del cáncer de estómago a otra zona del cuerpo, como el revestimiento del abdomen (peritoneo) o el hígado. Es posible que se necesite una biopsia de las metástasis para confirmar la presencia de cáncer. Si hay más de una metástasis, se puede realizar una biopsia en cada sitio. El tipo de biopsia utilizado depende de la ubicación de la presunta metástasis y otros factores.

Resultados de la biopsia

La histología y la citología son el estudio de células y tejidos con el microscopio. Su informe anatomopatológico incluirá información sobre la histología del tumor o el aspecto de las células. Es posible que se le recomiende una biopsia abierta (cirugía) para extirpar (extraer) el tumor y confirmar su histología. Hable con su profesional

médico para obtener más información sobre los próximos pasos.

Análisis de riesgo genético

Es posible que se pregunte: “¿Por qué tengo cáncer?”. La mayoría de las veces, la respuesta es que una célula cometió un error al dividirse y, luego, se formó el cáncer. Sin embargo, algunas personas tienen una predisposición (tendencia) o tienen algo en su ADN que las hace más propensas a desarrollar cáncer. Saber si tiene una predisposición al cáncer a veces puede afectar su tratamiento, pero lo más frecuente es que afecte la detección de otros tipos de cáncer. Por lo tanto, es importante identificar si tiene una predisposición al cáncer.

Los análisis genéticos se realizan con sangre o saliva (se escupe en una taza). El objetivo consiste en buscar mutaciones genéticas heredadas de sus padres biológicos, llamadas mutaciones de la estirpe germinal. Algunas mutaciones pueden aumentar el riesgo de tener más de un tipo de cáncer y se pueden transmitir a los hijos. Además, los familiares pueden ser portadores de estas mutaciones. Informe a su equipo de atención médica si tiene antecedentes familiares de cáncer.

Una evaluación de riesgo genético detectará si usted tiene riesgo de cáncer y si las pruebas genéticas, pruebas de detección adicionales o intervenciones preventivas pueden ser beneficiosas para usted. Dependiendo de la evaluación del riesgo genético, es posible que se someta a una prueba y asesoramiento genético.

Síndromes hereditarios de predisposición al cáncer

Un síndrome es un conjunto de síntomas o afecciones que se presentan juntos y sugieren la presencia de una enfermedad específica o un mayor riesgo de desarrollarla. Una persona con un síndrome genético (hereditario) de predisposición al cáncer puede tener un mayor riesgo de desarrollar cáncer de estómago.

Estos son los síndromes hereditarios más estrechamente relacionados con el cáncer de estómago:

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

Pruebas de biomarcadores

Es posible que se analice una muestra de la biopsia del tumor para detectar mutaciones (cambios) específicas del ADN, niveles de proteína u otras características moleculares. Esta información puede utilizarse a fin de elegir un tratamiento más específico para usted.

Los biomarcadores primarios se asocian con los fármacos que se pueden utilizar. Se puede obtener información adicional mediante la secuenciación de la próxima generación (NGS) del tejido tumoral o la sangre. Además, se pueden realizar pruebas genéticas (mencionadas anteriormente) para detectar mutaciones genéticas hereditarias.

Algunas veces, las pruebas de biomarcadores también se llaman estudios moleculares, perfiles tumorales o pruebas genómicas.

Las pruebas de biomarcadores incluyen pruebas de genes o sus productos (proteínas). Muestran la presencia o ausencia de mutaciones y la presencia de sobreexpresión de ciertas proteínas. Estos dos factores podrían indicar el tratamiento necesario.

A continuación, se explican las pruebas de biomarcadores relevantes para el tratamiento y control del cáncer de estómago metastásico. Las pruebas de biomarcadores siguen en expansión, así que consulte a su equipo de atención médica si necesita otras pruebas.

HER2

El receptor 2 del factor de crecimiento epidérmico humano (HER2) es una proteína que participa en el crecimiento normal de las células. Se encuentra en la superficie de todas las células epiteliales. Cuando la cantidad de HER2 es elevada, hace que las células se desarrollen y se dividan. Esto se denomina sobreexpresión o amplificación de HER2 positivo (HER2+).

Con el cáncer de estómago, puede haber mayor producción de HER2. Si el tumor produce demasiado HER2, podría recibir un tratamiento dirigido llamado trastuzumab (Herceptin) o trastuzumab deruxtecan (Enhertu). Estos fármacos se dirigen a la proteína HER2 y pueden ayudar a ralentizar o detener el crecimiento del tumor.

Mutación de MSI-H/dMMR

Los microsatélites son cadenas cortas y repetidas de ADN. A veces, se producen errores o defectos en estos microsatélites. Cuando esto sucede, suelen corregirse mediante proteínas de reparación de los errores de desajustes (MMR).

Sin embargo, algunas células cancerosas presentan mutaciones (cambios) en el ADN que impiden que las proteínas MMR corrijan estos errores. Esto se denomina inestabilidad microsatelital (MSI) o reparación de desajustes deficiente (dMMR).

Cuando las células cancerosas tienen una gran cantidad de mutaciones de microsatélites, se denomina MSI-H (inestabilidad microsatelital alta). La MSI-H suele deberse a la dMMR.

Las personas con cáncer de estómago recién diagnosticado deben hacerse la prueba de MMR o MSI.

Prueba de PD-L1

El ligando 1 de muerte programada (PD-L1) es una proteína que mantiene el sistema inmunitario del cuerpo bajo control. Sin embargo, si esta proteína está presente (se expresa) en la superficie de las células cancerosas, puede hacer que las células del sistema inmunitario ignoren a las células cancerosas e inhiban la respuesta inmunitaria antitumoral.

Si el cáncer tiene esta proteína, es posible que reciba un tratamiento que combine quimioterapia y un inhibidor del punto de control inmunitario (ICI). Esto está diseñado para activar al sistema inmunitario a fin de que combata mejor las células cancerosas.

Isoforma 2 de claudina 18

La isoforma 2 de claudina 18 (CLDN18.2) es una proteína que se encuentra en la superficie de las células cancerosas gastroesofágicas (estómago y esófago), especialmente en los estadios avanzados. Si se detecta que su cáncer tiene un nivel alto de CLDN18.2 (lo que se conoce como CLDN18.2 positivo), es posible que reciba un tipo de inmunoterapia llamada zolbetuximab (Vyloy).

Carga mutacional tumoral

La carga mutacional tumoral (TMB) es el número total de mutaciones (cambios) que se encuentran en el ADN de las células cancerosas. Esto es importante porque si un tumor presenta un número alto de mutaciones (o errores), es más visible para el sistema inmunitario. Debido a ello, el tumor podría tener mayor probabilidad de responder a un tratamiento llamado inhibidores del punto de control inmunitario (ICI). En el cáncer de estómago, los ICI se dirigen a las proteínas llamadas proteína de muerte celular programada 1 (PD-1) y ligando 1 de muerte programada (PD-L1).

Pruebas de mutación tumoral

Las pruebas de mutación tumoral utilizan una muestra de sangre o del tumor para determinar si las células cancerosas tienen mutaciones específicas del ADN. Esta es una prueba de ADN diferente de las pruebas genéticas para mutaciones que puede haber heredado de sus padres biológicos. En las pruebas de mutación tumoral, se busca detectar mutaciones genéticas (cambios) en el tumor que pueden utilizarse para seleccionar tratamientos que funcionen según la mutación. Las pruebas de mutación tumoral suelen realizarse si el cáncer es irresecable (no se puede extirpar con cirugía) o metastásico.

Una razón importante para realizar estas pruebas es que ciertas mutaciones tumorales, como la fusión de *NTRK*, la fusión de *RET* y la mutación V600E de *BRAF*, pueden tratarse con tratamientos específicos.

Fusiones del gen *NTRK*

La fusión del gen *NTRK* se produce cuando un fragmento del gen *NTRK* se fusiona (se une) con un fragmento de otro gen, lo que provoca un crecimiento celular descontrolado. El larotrectinib (Vitrakvi) y el entrectinib (Rozlytrek) podrían utilizarse para tratar el cáncer avanzado o metastásico que se debe a una fusión del gen *NTRK*.

Fusiones del gen *RET*

La mutación del gen reordenado durante la transfección (*RET*) está relacionada con el crecimiento celular (proliferación). El selpercatinib (Retevmo) se podría utilizar para tratar tumores irreseccables (que no se pueden extirpar con cirugía) o metastásicos con fusión de *RET*.

Mutaciones V600E de *BRAF*

Las mutaciones del gen *BRAF* pueden hacer que las células normales se vuelvan cancerosas. El dabrafenib (Tafinlar) y el trametinib (Mekinist) podrían utilizarse para tratar tumores con mutaciones V600E del gen *BRAF*.

Tipos de pruebas de biomarcadores

FISH

La hibridación fluorescente *in situ* (FISH) es un método de análisis en el que se utilizan unos tintes especiales, llamados sondas, que se adhieren a fragmentos de ADN, el material genético de las células de una persona. Luego, las células se estudian con un microscopio de fluorescencia.

Inmunohistoquímica

La inmunohistoquímica (IHQ) es un proceso de tinción especial que implica incorporar marcadores químicos a las células cancerosas o a las células del sistema inmunitario. Luego, las células se estudian con un microscopio.

Secuenciación de la próxima generación

La secuenciación de la próxima generación (NGS) es un método que usa la secuenciación de ADN para determinar los cambios en el ADN o los genes de las células cancerosas de su tumor. Este método solo se utilizaría si queda suficiente tejido tumoral después de haber realizado otras pruebas de biomarcadores. También ayuda a determinar si se necesita más de una prueba de biomarcadores.

PCR

La reacción en cadena de la polimerasa (PCR) es un proceso de laboratorio que puede producir millones o miles de millones de copias de su ADN (información genética). La PCR es muy sensible. Puede encontrar una célula anormal entre más de 100 000 células normales. Estas copias denominadas productos de PCR podrían utilizarse para la NGS.

Marcadores tumorales

Es posible que se analice una muestra de sangre o tejido de la biopsia para detectar proteínas o ADN. Entre los ejemplos de algunos marcadores tumorales en el cáncer de estómago, se incluyen el antígeno del cáncer 19-9 (CA 19-9) y el antígeno carcinoembrionario (ACE). Un aumento en el nivel de ciertos marcadores tumorales puede indicar que el cáncer se ha desarrollado o extendido (ha progresado). Sin embargo, no todas las personas tienen niveles elevados de estos marcadores, y los marcadores tumorales por sí solos no son un método confiable para detectar el cáncer de estómago.

Biopsia líquida

Pueden encontrarse algunas mutaciones mediante el análisis del ADN tumoral circulante (ADNtc) en la sangre. En una biopsia líquida, se extrae una muestra de sangre para detectar células cancerosas o fragmentos de ADN de células tumorales. Las personas que tienen cáncer de estómago metastásico o avanzado y no pueden someterse a una biopsia tradicional podrían realizarse una biopsia líquida. A veces, las pruebas tradicionales pueden agotar rápidamente una muestra tumoral. En este caso, una biopsia líquida podría ser una posibilidad.

¿Cuál es el siguiente paso?

Ahora que comprende las diversas pruebas que ayudan a guiar su tratamiento, lea el siguiente capítulo para saber qué sucede después de ellas: estadificación. Este capítulo le servirá para comprender cómo se estadifica el cáncer de estómago.

Puntos clave

- ▶ Las pruebas se utilizan para detectar el cáncer, determinar su extensión (estadificación), planificar el tratamiento y comprobar la eficacia del tratamiento.
- ▶ Los antecedentes médicos y el examen físico proporcionan información a su médico sobre su estado de salud general.
- ▶ Nutrirse bien es importante. Debe atenderse con un nutricionista antes de comenzar el tratamiento.
- ▶ Los análisis de sangre comprueban si hay signos de la enfermedad y el funcionamiento de los órganos.
- ▶ Los estudios de diagnóstico por imágenes permiten observar el interior del cuerpo mediante imágenes. Las imágenes pueden obtenerse mediante máquinas o herramientas de exploración.
- ▶ En una biopsia, se extrae una muestra de tejido o líquido para analizarla en busca de cáncer. Un ejemplo es el uso de una endoscopia gastrointestinal (GI) superior (o EGD).
- ▶ Puede hacerse un análisis genético para detectar mutaciones genéticas heredadas de sus padres biológicos.



El conocimiento es poder. No se conforme si sus preguntas e inquietudes no se abordan adecuadamente. Defienda sus planteos y necesidades”.

Preguntas para hacer

- ▶ ¿Qué pruebas tendré que hacerme?
¿Con qué frecuencia se repiten?
- ▶ ¿Cuándo sabré los resultados y quién me los explicará?
- ▶ ¿Cómo se realizará la biopsia? ¿Qué más se puede hacer en este momento?
- ▶ ¿Qué pruebas genéticas o de biomarcadores me harán?

4

Estadificación del cáncer de estómago

- 29 Cómo se estadifica el cáncer de estómago
- 29 Estadificación anatómica
- 30 Grado tumoral
- 30 Pruebas de biomarcadores
- 30 Estadificación de pronóstico
- 31 Explicación de los estadios del cáncer
- 33 Términos frecuentes
- 33 ¿Cuál es el siguiente paso?
- 33 Puntos clave
- 33 Preguntas para hacer

La estadificación se utiliza para predecir el pronóstico del cáncer y guiar las decisiones de tratamiento. Describe el tamaño y la ubicación del tumor, si ha crecido y atravesado las capas de la pared del estómago y si el cáncer se extendió a los ganglios linfáticos, órganos u otras partes del cuerpo.

El estadio del cáncer es una forma de describir la extensión del cáncer en el momento del diagnóstico.

Cómo se estadifica el cáncer de estómago

Según los estudios, a su cáncer se le asignará un estadio. La estadificación indica cuánto cáncer hay en su cuerpo, dónde se encuentra y qué subtipo tiene. Conocer el estadio del cáncer ayuda a predecir el pronóstico del cáncer y es necesario para tomar decisiones sobre el tratamiento.

Información que se recaba durante la estadificación:

- **La extensión (el tamaño) del tumor (T):**
¿Se ha extendido a zonas cercanas? ¿Qué tanto se ha extendido en las capas del estómago?
- **La extensión a los ganglios linfáticos cercanos (N):** ¿El cáncer se ha esparcido a los ganglios linfáticos cercanos? En caso afirmativo, ¿a cuántos? ¿Dónde?
- **La extensión (metástasis) hacia zonas alejadas (M):** ¿El cáncer se ha esparcido a órganos distantes, como los pulmones o el hígado?

- **Grado del cáncer (G):** ¿Cuánto se parecen las células cancerosas a las células normales bajo el microscopio?
- **Pruebas de biomarcadores:** ¿El cáncer tiene genes, proteínas, marcadores o mutaciones que permiten que un tratamiento sea más eficaz que otro?

La estadificación se basa en una combinación de información para llegar a un estadio final numerado. Los estadios van del estadio 0 al estadio 4; este último es el más avanzado. Es posible que su equipo de atención médica los escriba con números romanos, como estadio 0, estadio I, estadio II, estadio III y estadio IV.

Estadificación anatómica

El sistema de tumor, ganglio, metástasis (TNM) forma parte de lo que se utiliza para estadificar el cáncer de estómago y se denomina estadio anatómico. En este sistema, las letras T, N y M (tumor, ganglio y metástasis) describen diferentes áreas del crecimiento del cáncer. Según los resultados de los estudios, su profesional médico asignará una puntuación o un número a cada letra. Cuanto más alto el número, más grande es el tumor o mayor es la extensión del cáncer. Estas puntuaciones se combinan para asignar un estadio al cáncer.

- **T (tumor):** profundidad y extensión del tumor principal (primario) en la pared del estómago.
- **N (ganglio):** si el cáncer se ha extendido a los ganglios linfáticos cercanos (regional).
- **M (metástasis):** si el cáncer se ha extendido a partes distantes del cuerpo o hizo metástasis.

Un ejemplo de esto es T1, N2, M0, que se traduce como estadio 2A, tanto en estadio clínico como anatomopatológico (que se describe más adelante).

Pídale a su profesional médico que le explique cualquier aspecto de la estadificación que no le quede claro.

A menudo, no se dispone de toda la información en la primera evaluación. Se puede recopilar más información a medida que comienza el tratamiento.

Grado tumoral

El grado se refiere a la forma en que se ven las células tumorales al microscopio, y esta información ayuda a determinar el estadio. Cuanto menor sea el grado, mejor será el pronóstico. Bien diferenciado (grado 1 o G1) significa que las células cancerosas son similares a las células normales. Poco diferenciado (grado 3 o G3) significa que las células cancerosas tienen un aspecto muy diferente al de las células normales. G3 es el grado más alto para el cáncer de estómago (gástrico).

Pruebas de biomarcadores

Algunos biomarcadores afectan cómo funcionan algunos tratamientos del cáncer. Los resultados de las pruebas de biomarcadores ayudan a determinar si un tratamiento podría ser eficaz para un gen, una proteína o una mutación específicos. También proporcionan más información para la estadificación. Los biomarcadores que se analizan para el cáncer de estómago incluyen el receptor 2 del factor de crecimiento epidérmico humano (HER2), PD-L1, estado de MSI/MMR, CLDN18.2, TMB, fusión del gen *NTRK*, fusión del gen *RET* y mutación V600 del gen *BRAF*.

Estadificación de pronóstico

Parte de la estadificación también incluye lo que se conoce como información de pronóstico. Esto es el TNM anatómico más el grado tumoral y el estado de los biomarcadores.

Los estadios de pronóstico se dividen en clínicos y anatomopatológicos. La estadificación del cáncer de estómago suele realizarse dos veces: una antes de la cirugía (estadio clínico) y otra después de la cirugía (estadio anatomopatológico).

La estadificación después de la cirugía proporciona datos más específicos y precisos sobre el tamaño del cáncer y el estado de los ganglios linfáticos (si se ha extendido a los ganglios linfáticos) y si ha hecho metástasis (se ha extendido a zonas distantes).

Estadio clínico

El estadio clínico es la clasificación que se asigna antes del tratamiento. Se determina después de un examen físico, una biopsia y los estudios de diagnóstico por imágenes. En el cáncer de estómago, el estadio clínico (antes de la cirugía) se basa en los resultados de la ecografía endoscópica y otros estudios por imágenes o biopsias. Los posibles estadios clínicos son 0, 1, 2A, 2B, 3, 4A y 4B. Pídale a su profesional médico que le explique el estadio clínico de una manera en que usted lo pueda comprender bien.

Estadio anatomopatológico

El estadio anatomopatológico se determina mediante el análisis del tejido extirpado durante la cirugía (y después del tratamiento quirúrgico si corresponde). Se basa en la información obtenida después de la cirugía para extirpar todo o parte del estómago y los ganglios linfáticos cercanos. Esto describe con más precisión cuánto se ha extendido el cáncer y se utiliza para determinar sus opciones de tratamiento después de la cirugía. Los estadios anatomopatológicos son los siguientes: 0, 1A, 1B, 2A, 2B, 3A, 3B, 3C y 4.

Explicación de los estadios del cáncer

Los estadios del cáncer de estómago pueden cambiar después de la cirugía, del estadio clínico al estadio anatomopatológico, debido a la información adicional que se obtiene de las muestras de tejido y el tumor del estómago. Los estadios anatomopatológicos son los siguientes:

Estadio 0

El estadio 0 también se llama carcinoma localizado. Se trata de un precáncer con células anormales que se encuentra en la mucosa. Estas células podrían convertirse en cáncer y extenderse al tejido cercano.

Estadio 1

Si el tumor está en estadio 1, no se ha extendido a los órganos, sino que ha crecido a otras capas de la pared del estómago y puede afectar a los ganglios linfáticos. Tiene dos subestadios: 1A y 1B.

El **estadio 1A** (temprano) significa que el cáncer se formó en la mucosa y puede haberse extendido a la submucosa, pero no a los ganglios linfáticos.

El **estadio 1B** podría significar lo siguiente:

- El cáncer se formó en la mucosa y podría haberse extendido a la submucosa y a 1 o 2 ganglios linfáticos cercanos.
- El cáncer se formó en la mucosa y se extendió a la capa muscular (capa muscular propia), pero no a los ganglios linfáticos.

Para obtener más información sobre el estadio 0 y el estadio 1A (temprano), consulte el *Capítulo 6: Cáncer de estómago en estadio temprano*. Para obtener más información sobre el estadio 1B, consulte el *Capítulo 7: Cáncer de estómago localmente avanzado*.

Estadio 2

Si el tumor está en estadio 2, se ha extendido a las capas más profundas de la pared del estómago y puede afectar a los ganglios linfáticos, pero no ha llegado a ningún órgano. Tiene dos subestadios: 2A y 2B.

El **estadio 2A** podría significar lo siguiente:

- El cáncer podría haberse extendido a la submucosa y a 3 o 6 ganglios linfáticos cercanos.
- El cáncer se ha extendido a la capa muscular y a 3 o 6 ganglios linfáticos cercanos.
- El cáncer se ha extendido a la subserosa.

El **estadio 2B** podría significar lo siguiente:

- El cáncer podría haberse extendido a la submucosa y a 7 o 15 ganglios linfáticos cercanos.
- El cáncer se ha extendido a la capa muscular y a 3 o 6 ganglios linfáticos cercanos.
- El cáncer se ha extendido a la subserosa y a 1 o 2 ganglios linfáticos cercanos.
- El cáncer se ha extendido a la serosa.

Para obtener más información sobre el tratamiento del cáncer en estadio 2, consulte el *Capítulo 7: Cáncer de estómago localmente avanzado*.

Estadio 3

Si el tumor está en estadio 3, se ha extendido a las capas más profundas de la pared del estómago y puede haber llegado a los órganos o ganglios linfáticos cercanos, pero no a ningún órgano distante. Tiene tres subestadios: 3A, 3B y 3C.

El **estadio 3A** podría significar que el cáncer se ha propagado a las siguientes partes:

- La capa muscular y entre 7 y 15 ganglios linfáticos cercanos.
- La subserosa y entre 3 y 6 ganglios linfáticos cercanos.
- La serosa y entre 1 y 6 ganglios linfáticos cercanos.
- Órganos cercanos como el bazo, el colon, el hígado, el diafragma, el páncreas, el riñón o el intestino delgado.

El **estadio 3B** podría significar que el cáncer se ha propagado a las siguientes partes:

- La submucosa o a la capa muscular y 16 o más ganglios linfáticos cercanos.
- La subserosa o la serosa y entre 7 y 16 ganglios linfáticos cercanos.
- Órganos cercanos como el bazo, el colon, el hígado, el diafragma, el páncreas, el riñón o el intestino delgado. También se ha extendido entre 1 y 6 ganglios linfáticos cercanos.

El **estadio 3C** podría significar que el cáncer se ha propagado a las siguientes partes:

- La subserosa o la serosa y 16 o más ganglios linfáticos cercanos.
- Órganos cercanos como el bazo, el colon, el hígado, el diafragma, el páncreas, el riñón o el intestino delgado. También se ha extendido a 7 o más ganglios linfáticos cercanos.

Para obtener más información sobre el tratamiento del cáncer en estadio 3, consulte el *Capítulo 7: Cáncer de estómago localmente avanzado*.

Estadio 4

Conocido como cáncer metastásico, el estadio 4 se produce cuando el tumor original se extiende a partes distantes del cuerpo a través del sistema linfático o la sangre. Es posible que se haya extendido a ganglios linfáticos distantes, los pulmones, el hígado, el cerebro y los tejidos que recubren la pared abdominal (peritoneo), así como a otros órganos.

Para obtener más información sobre el tratamiento del cáncer en estadio 4, consulte el *Capítulo 8: Recidiva y cáncer metastásico*. Para obtener más información sobre el carcinoma peritoneal como única enfermedad (cuando solo se extiende al peritoneo), consulte el *Capítulo 9: Carcinoma peritoneal como única enfermedad*.

Términos frecuentes

Es posible que se utilicen otros términos junto con los estadios numerados del cáncer. En este libro, se utilizarán los siguientes términos para describir el cáncer de estómago:

- **Resecable:** el tumor se puede extirpar por completo con cirugía.
- **Irreseccable:** el tumor no se puede extirpar con cirugía. Puede afectar los vasos sanguíneos cercanos, el hígado, el diafragma, el corazón, las vías respiratorias y las arterias, lo que hace que la extirpación sea peligrosa.
- **Localmente avanzado:** el tumor puede ser de cualquier tamaño y encontrarse en cualquier capa del estómago. Puede haber cáncer en los ganglios linfáticos, órganos y tejidos cercanos.
- **Metastásico:** el cáncer se ha extendido a otras partes del cuerpo, como los ganglios linfáticos distantes. Los sitios más comunes son el hígado, el revestimiento abdominal (peritoneo) y los ganglios linfáticos distantes. También puede extenderse a los pulmones o los huesos.

¿Cuál es el siguiente paso?

Entender cómo se estadifica el cáncer es clave para comprender los siguientes pasos en la atención oncológica. Lea el siguiente capítulo para obtener más información sobre los posibles tratamientos del cáncer de estómago.

Puntos clave

- La estadificación ayuda a predecir el pronóstico y se necesita para tomar decisiones sobre el tratamiento. El pronóstico es el curso que probablemente tomará su cáncer.
- El sistema TNM (tumor, ganglio y metástasis) se usa para estadificar el cáncer de estómago.
- La estadificación del cáncer de estómago suele realizarse en dos oportunidades: antes y después de la cirugía.
- El grado describe qué tan anormales se ven las células tumorales al microscopio.
- Las pruebas de biomarcadores proporcionan información más específica sobre genes y proteínas para guiar el tratamiento.
- El estadio clínico del cáncer de estómago se basa en los resultados de las pruebas antes del tratamiento.
- El estadio anatomopatológico del cáncer de estómago se basa en los resultados del tejido analizado durante la cirugía.

Preguntas para hacer

- ¿Qué pruebas genéticas o de biomarcadores me harán?
- Si se completa la prueba de biomarcadores, ¿cuáles son los resultados?
- ¿En qué estadio se encuentra mi cáncer? ¿Qué significa esto para el tratamiento?
- ¿Con qué frecuencia el estadio clínico se transforma en un estadio anatomopatológico superior?
- ¿Mi cáncer es reseccable o irreseccable? ¿Qué significa esto?

5

Tipos de tratamiento para el cáncer de estómago

35	Equipo de atención médica	46	Radioterapia
36	Cirugía	47	Ensayos clínicos
39	Resección endoscópica	48	Tratamiento complementario
40	Gastrectomía	49	¿Cuál es el siguiente paso?
41	Disección de ganglios linfáticos	49	Puntos clave
42	Otros procedimientos	50	Preguntas para hacer
42	Tratamiento sistémico		
44	Quimioterapia		
45	Quimiorradiación		
45	Tratamiento dirigido		
45	Inmunoterapia		

Hay más de un tratamiento para el cáncer de estómago. En este capítulo, se describen las opciones de tratamiento y qué esperar.

El tratamiento del cáncer de estómago requiere un abordaje en equipo. Las decisiones sobre el tratamiento deben estar a cargo de un equipo de atención multidisciplinario. Dicho equipo está conformado por profesionales de atención médica de diferentes entornos profesionales que tienen conocimiento y experiencia sobre su tipo de cáncer. El equipo debe reunirse con usted para planificar e implementar su tratamiento. Pregunte quién coordinará su atención.

Equipo de atención médica

Algunos integrantes de su equipo de atención médica estarán a su lado durante todo el tratamiento del cáncer, en tanto otros solo estarán presentes durante ciertos momentos. Conozca a su equipo de atención médica y ayúdelos para que conozcan su situación.

Según el diagnóstico, su equipo puede incluir los siguientes especialistas:

Médicos que tratan el cáncer

- Los **gastroenterólogos** son expertos en enfermedades del aparato digestivo.
- Los **cirujanos oncológicos** realizan operaciones para extirpar el cáncer.
- Los **médicos oncológicos** tratan el cáncer en adultos usando tratamiento sistémico.
- Los **radiooncólogos** prescriben y planifican la radioterapia (RT) para tratar el cáncer.

- Los **radiólogos especializados en diagnóstico** interpretan los resultados de los estudios de diagnóstico por imágenes.
- Los **radiólogos intervencionistas** realizan biopsias con aguja y endoscopia, y colocan vías intravenosas (IV) para el tratamiento.
- Los **anatomopatólogos** analizan las células, los tejidos y los órganos extraídos durante una biopsia o cirugía y determinan el diagnóstico de cáncer, la estadificación y la información sobre las pruebas de biomarcadores.
- Los **neumólogos** realizan biopsias y utilizan ecografías para determinar la estadificación si los pulmones y las vías respiratorias están afectados.

Otros profesionales de atención médica

- Los **enfermeros practicantes y los asociados médicos** son profesionales de práctica avanzada. Algunas de sus visitas a la clínica pueden estar a cargo de un enfermero especialista o de un asociado médico.
- Los **enfermeros oncológicos** brindan atención práctica, como el tratamiento sistémico, administran la atención, responden preguntas y le dan ayuda para sobrellevar los efectos secundarios. A veces, a estos expertos se les llama enfermeros coordinadores.
- Los **farmacéuticos oncológicos** son expertos en los medicamentos que se usan para tratar el cáncer y para controlar los síntomas y los efectos secundarios.
- Los **radioterapeutas** administran los tratamientos radioterápicos.
- Los **nutricionistas y dietistas** pueden ofrecer orientación sobre los alimentos que son más adecuados para su enfermedad.

- Los **psicólogos y psiquiatras** son expertos en salud mental que pueden brindarle ayuda para tratar problemas, como depresión, ansiedad u otros trastornos relacionados con la salud mental, que pueden afectar cómo usted piensa y se siente.
- Los **asistentes sociales** ayudan a las personas a prevenir y resolver los problemas de la vida diaria. También pueden darle ayuda para sortear las dificultades de la carga económica y asuntos relacionados con el seguro. Quienes son trabajadores sociales clínicos pueden brindar asesoramiento y ayuda si tiene problemas emocionales.

Tenga a mano una lista de nombres e información de contacto de cada miembro de su equipo. Esto hará que sea más fácil para usted y cualquier persona involucrada en su cuidado saber a quién contactar si tiene preguntas o inquietudes.

El tratamiento del cáncer de estómago suele incluir más de un tratamiento. Por ejemplo, podría someterse a una cirugía y, luego, a un tratamiento sistémico junto con un posible tratamiento complementario. Siga leyendo para obtener más información sobre cada tratamiento.

Cirugía

La cirugía es una operación o procedimiento para extirpar el cáncer del cuerpo. Suele ser el tratamiento principal o primario para extirpar el cáncer de estómago. Esta es solo una parte del plan de tratamiento.

Al prepararse para la cirugía, busque la opinión de un cirujano experimentado. Consulte a su médico de cabecera y a sus amigos para recibir recomendaciones. El cirujano debe ser experto en el tipo de cirugía al que se someta. La cirugía de cáncer de estómago debe realizarse en un centro con un alto volumen de pacientes que realice al menos entre 15 y 20 cirugías de estómago al año. Los hospitales en los que se hacen muchas

cirugías tienen mejores resultados. Puede pedir la derivación a un hospital o centro oncológico que tenga experiencia en el tratamiento del cáncer de estómago.

La extirpación del cáncer mediante cirugía puede realizarse de diferentes maneras, según las circunstancias específicas, como el tamaño y la ubicación del tumor y si hay cáncer en algún órgano o tejido circundante. La cirugía se basa en la forma más segura y adecuada de eliminar el cáncer.

También puede funcionar como tratamiento complementario para aliviar el dolor o el malestar. Este procedimiento se llama cirugía paliativa.

Guía 2 Posibles tratamientos para el cáncer de estómago

Cirugía

Resección endoscópica

Gastrectomía

Dissección de ganglios linfáticos

Otros procedimientos

Tratamiento sistémico

Quimioterapia

Quimiorradiación

Tratamiento dirigido

Inmunoterapia

Radioterapia

Ensayos clínicos

Tratamiento complementario

Cirugía abierta

La cirugía abierta o laparotomía extirpa el tejido a través de una gran incisión quirúrgica (corte) por debajo de las costillas. Este corte grande le permite al cirujano ver y acceder directamente al tumor en el estómago para extirparlo. La cirugía abierta puede durar varias horas o más. Después de la cirugía, necesitará quedarse en el hospital durante varios días o más para recuperarse.

Cirugía mínimamente invasiva (laparoscopia)

La cirugía mínimamente invasiva (cirugía laparoscópica) se realiza a través de varias incisiones pequeñas. Se introducen instrumentos pequeños a través de cada incisión para realizar la cirugía. Uno de los instrumentos, llamado laparoscopia, es un tubo largo con una cámara de video en el extremo. La cámara le permite al cirujano ver el estómago y otros tejidos dentro del abdomen. Los demás instrumentos se usan para extirpar el tumor. En la cirugía laparoscópica, también se pueden utilizar brazos robóticos para controlar los instrumentos quirúrgicos. A esto se le llama cirugía laparoscópica asistida por robot (o robótica).

Resección tumoral

La extirpación quirúrgica del tumor se denomina resección tumoral. Antes de la cirugía, le indicarán estudios de diagnóstico por imágenes para ver si su cáncer es resecable (se puede extirpar mediante cirugía) o irresecable (no se puede extirpar por completo mediante cirugía).

Orden de los tratamientos

La mayoría de las personas con cáncer de estómago reciben más de un tipo de tratamiento. Este es un resumen del orden de los tratamientos y lo que se logra con ellos.

El tratamiento **neoadyuvante (previo)** se administra para controlar el tumor antes del tratamiento primario (cirugía). Puede facilitar la cirugía en el caso de algunos tumores complicados.

El **tratamiento primario** es el tratamiento principal que se administra para eliminar el cáncer del cuerpo. La cirugía suele ser el tratamiento principal cuando se puede extirpar el tumor.

- El **tratamiento de primera línea** es la primera serie de medicamentos que se administran para combatir el cáncer.
- El **tratamiento de segunda línea** es la siguiente serie de medicamentos contra el cáncer que se administran si el tratamiento de primera línea no funciona.

El **tratamiento adyuvante (posterior)** se administra tras el tratamiento primario para eliminar del cuerpo las células cancerosas que hayan quedado tras la cirugía. También se utiliza cuando se considera que hay un riesgo alto de que el cáncer reaparezca (recidiva).

Hable con el médico sobre su plan de tratamiento y lo que significa para su estadio de cáncer de estómago.

Objetivo de la cirugía

El objetivo de la cirugía o resección del tumor es eliminar todo el cáncer. A veces, un tumor no se puede extraer porque no se puede extirpar por completo, incluso si está localmente avanzado. Sin embargo, el objetivo final de la cirugía es extirpar el tumor junto con un borde de tejido de aspecto normal alrededor, llamado margen quirúrgico. El margen quirúrgico puede tener un aspecto normal durante la cirugía, pero es posible que se encuentren células cancerosas cuando un anatomopatólogo las observe con el microscopio.

Si no se encuentran células cancerosas en el tejido alrededor del borde del tumor, hay un margen claro o negativo (por lo tanto, un margen negativo es un buen resultado).

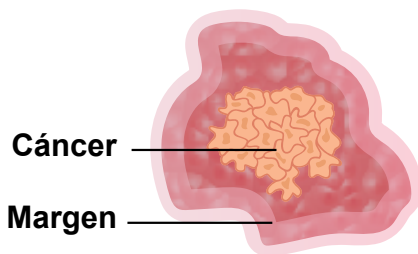
Cuando el margen es positivo, hay células cancerosas en el tejido de aspecto normal alrededor del tumor (un margen positivo podría no ser un buen resultado). Si hay un margen positivo, es posible que necesite otra cirugía para eliminar las células tumorales remanentes. La cirugía también implica la extracción de los ganglios linfáticos.

- **En un margen claro o negativo (conocido como R0)**, no hay células cancerosas en el tejido alrededor del borde del tumor.
- **En una resección R1**, el cirujano extirpa todo el tumor visible, pero los márgenes microscópicos siguen siendo positivos para células tumorales. Esto puede suceder pese a haber hecho todo lo posible.

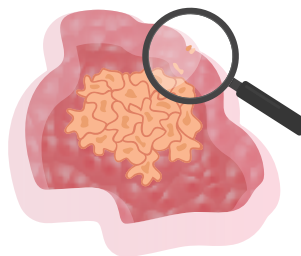
Margen quirúrgico

Se extirpará el tumor, junto con algo de tejido de aspecto normal que lo rodea. El tejido de aspecto normal se llama margen quirúrgico. El margen quirúrgico se examinará para detectar cáncer. El tratamiento posquirúrgico se basa en si hay cáncer en los márgenes.

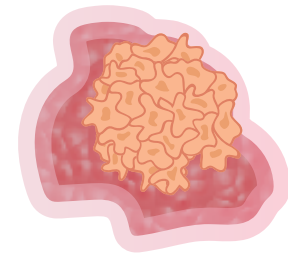
Margen negativo
Sin cáncer en el margen.



Margen positivo
Se encontró cáncer en el margen con pruebas de laboratorio.



Margen positivo
El cáncer puede verse fácilmente en el margen.



- **En una resección R2**, el cirujano no puede extirpar todo el tumor visible o hay enfermedad metastásica.

Su cirujano buscará atentamente el cáncer no solo a lo largo del margen quirúrgico, sino también en otras zonas cercanas. No siempre es posible detectar todo el cáncer. A veces, los cirujanos no pueden extirpar el tumor con un margen libre de cáncer de forma segura.

Una consulta anatomopatológica intraoperativa es cuando un anatomopatólogo inspecciona la parte extirpada del estómago para determinar la ubicación del cáncer y la distancia entre los márgenes quirúrgicos durante la cirugía. El anatomopatólogo examina con el microscopio las secciones congeladas de los márgenes y otras posibles metástasis, como metástasis hepáticas o peritoneales. Una consulta anatomopatológica intraoperativa con el cirujano es clave para guiar la cirugía. A veces, la cirugía no se completa si los márgenes no son R0. Para obtener más información sobre estos resultados, consulte a su equipo de atención médica.

Después de la cirugía, es probable que reciba tratamiento, como tratamiento sistémico, para destruir cualquier célula cancerosa que haya quedado. Quizás deba someterse a más de una cirugía. También es posible que le coloquen un drenaje en la herida para evitar que se acumule líquido en el cuerpo después de la intervención. Este se retirará unos días después de la cirugía.

Es posible que reciba tratamiento antes de la cirugía, que se denomina tratamiento neoadyuvante o prequirúrgico. El tratamiento neoadyuvante ayudará a reducir o controlar el tamaño del tumor y la cantidad de cáncer en el cuerpo.

Si fuma o vapea, pida ayuda para dejar de hacerlo.

Los antecedentes de tabaquismo o vapeo de nicotina aumentan las probabilidades de desarrollar cáncer de estómago. Fumar y vapear pueden limitar los efectos del tratamiento e impiden la cicatrización de la herida. También aumenta mucho sus posibilidades de sufrir efectos secundarios durante y después de la cirugía. El consumo de cannabis también podría afectar la cantidad de anestesia que se utiliza durante la cirugía.

La nicotina es la sustancia química que se encuentra en el tabaco y que hace que quiera seguir fumando y vapeando. La abstinencia de la nicotina es un reto para la mayoría de las personas que fuman o vapean. El estrés de tener cáncer puede dificultar aún más el dejar de fumar. Si fuma o vapea, pregunte a su equipo de atención médica sobre asistencia psicológica y medicamentos para ayudarlo a dejar de fumar.

Para obtener ayuda en línea, consulte estos sitios web:

- [SmokeFree.gov](https://www.smokefree.gov)
- [CDC.gov/tobacco](https://www.cdc.gov/tobacco)

Resección endoscópica

Para el cáncer de estómago en estadio temprano, la resección endoscópica, ya sea resección endoscópica de la mucosa (REM) o disección submucosa endoscópica (DSE), podría ser una opción. El cáncer de estómago en estadio temprano no se ha extendido más allá de la primera capa (mucosa) de la pared del estómago.

El tumor suele ser muy pequeño (2 centímetros o menos) y no ha llegado a ningún ganglio linfático. Podría realizarse cualquiera de estos procedimientos.

La **resección endoscópica de la mucosa (REM)** es un procedimiento para extirpar tejido precanceroso o cáncer en estadio temprano u otros tejidos anormales (lesiones) del estómago. Durante la REM, el endoscopio se introduce por la garganta para alcanzar la lesión o el tumor en el estómago. La lesión se puede extirpar mediante succión o corte. Hable con su médico para obtener más información.

La **disección submucosa endoscópica (DSE)** utiliza un endoscopio para resecar (extirpar) el tumor que se encuentra en la capa más profunda de la pared del estómago. El endoscopio se inserta por la boca. Por el endoscopio, se inserta un instrumento que inyecta líquido entre el tumor y la capa de la pared del estómago para ayudar a separarlo. Luego, se usa otro instrumento para levantar y cortar el tumor de la pared del estómago.

Gastrectomía

La gastrectomía extirpa todo o parte del estómago. También se extirpan los ganglios linfáticos regionales. Un nutricionista o dietista puede darle orientación sobre qué alimentos son los más adecuados para usted antes y después de la cirugía.

Hay distintos tipos de gastrectomía.

Gastrectomía total

En una gastrectomía total, se extirpan todo el estómago, los ganglios linfáticos cercanos y partes del esófago y el intestino delgado. Luego, el esófago se vuelve a conectar al intestino delgado. Tendrá un sistema digestivo funcional que le permitirá tragar, comer y digerir los alimentos, pero de una manera muy diferente.

Gastrectomía parcial

En una gastrectomía parcial, se extirpa la parte del estómago con cáncer, junto con los ganglios linfáticos cercanos y, posiblemente, partes de otros órganos cerca del tumor.

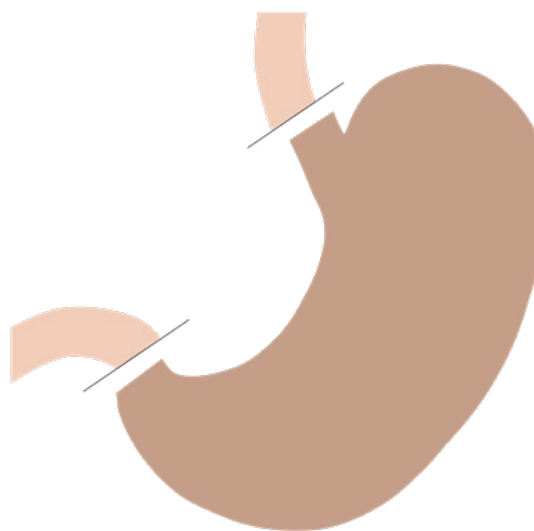
Gastrectomía total

En una gastrectomía total, se extirpa todo el estómago y los ganglios linfáticos circundantes. El esófago se reconecta a la parte media del intestino delgado (yeyuno).

Adaptado de las siguientes fuentes:

https://commons.wikimedia.org/wiki/Category:Gastrectomy#/media/File:Proximal_gastrectomy.png

https://commons.wikimedia.org/wiki/Category:Gastrectomy#/media/File:Distal_gastrectomy.png



En una gastrectomía proximal, se extirpa la mitad superior del estómago. En una gastrectomía distal, se extirpa la mitad inferior del estómago.

Esofagogastrectomía

En una esofagogastrectomía, se extirpan la parte superior del estómago y la parte inferior del esófago.

Disección de ganglios linfáticos

La extracción de los ganglios linfáticos o grupos de ganglios linfáticos se denomina disección de ganglios linfáticos. La disección de ganglios linfáticos puede clasificarse en D0, D1 o D2, según la ubicación del tumor y la cantidad de ganglios linfáticos extirpados en el momento de la gastrectomía.

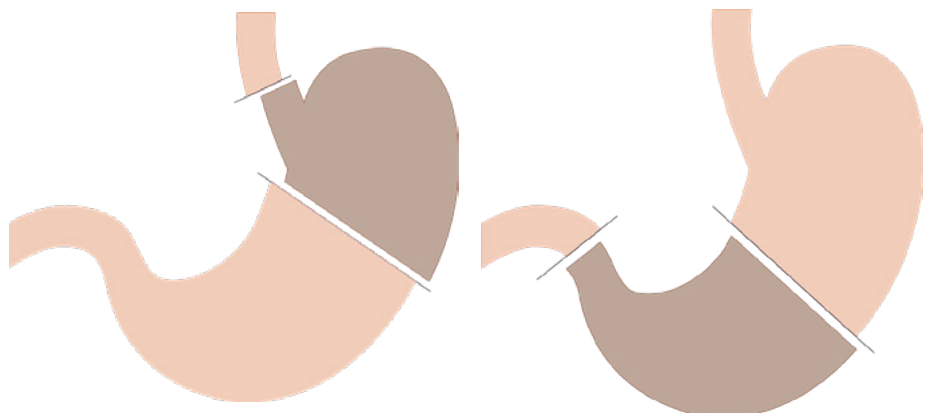
- La disección **D0** es una resección incompleta de los ganglios linfáticos a lo largo de la curvatura menor y mayor del estómago. Esto significa que se extirparon algunos ganglios linfáticos, pero no el mínimo de 16.
- La disección **D1** es la extirpación de al menos 16 ganglios linfáticos, así como de los epiplones mayores y menores. Los epiplones son pliegues del revestimiento delgado del abdomen (peritoneo). Rodean el estómago y otros órganos del abdomen. Hay varios ganglios linfáticos regionales que se encuentran en los epiplones.
- La disección **D2** es la extirpación de al menos 30 ganglios linfáticos. Incluye la disección D1 más la extirpación de todos los ganglios linfáticos a lo largo de la arteria gástrica izquierda (estómago), la arteria hepática común (hígado), la arteria celíaca y la arteria esplénica (bazo). Esto requiere la intervención de cirujano experimentado. Las disecciones D2 deben realizarse en centros con experiencia en esta técnica.

Gastrectomía parcial

En una gastrectomía proximal, se extirpa la mitad superior del estómago. En una gastrectomía distal, se extirpa la mitad inferior del estómago.

https://commons.wikimedia.org/wiki/Category:Gastrectomy#/media/File:Proximal_gastrectomy.png

https://commons.wikimedia.org/wiki/Category:Gastrectomy#/media/File:Distal_gastrectomy.png



Otros procedimientos

Gastroyeyunostomía

Una gastroyeyunostomía es una cirugía para desviar el recorrido de los alimentos del estómago al intestino delgado. La nueva ruta desde el estómago evitará la parte bloqueada del duodeno, es decir, se desviará. Este procedimiento puede ser una cirugía abierta o laparoscópica.

Es posible que le coloquen una sonda de gastrostomía o una sonda de yeyunostomía al momento de la gastroyeyunostomía.

Sonda G

Una sonda de gastrostomía (sonda G) es un tubo de plástico blando que se inserta a través de la piel del abdomen directamente en el estómago. Permite que el aire y los líquidos salgan del estómago y puede utilizarse para administrar medicamentos y líquidos, incluso alimentos líquidos. La administración de alimentos a través de una sonda de gastrostomía se conoce como nutrición enteral.

Sonda J

Una sonda de yeyunostomía (sonda J) es un tubo de plástico blando que se inserta a través de la piel del abdomen en la sección media del intestino delgado. Esta sonda permite administrar medicamentos y alimentos hasta que vuelva a gozar de buena salud como para hacerlo por vía oral. La sonda J es una opción posible durante una gastroyeyunostomía. Aprenderá a cuidar la sonda J y la zona de la piel por donde se inserta en el cuerpo.

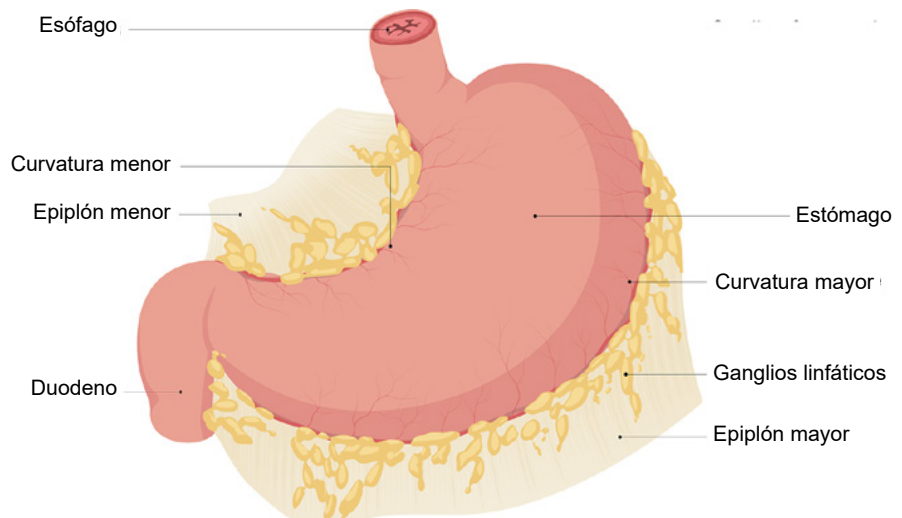
Tratamiento sistémico

El tratamiento sistémico es una terapia que actúa en todo el cuerpo. Este tipo de tratamiento puede usarse solo o en combinación con otras terapias. Los objetivos del tratamiento sistémico deben analizarse antes de comenzar el tratamiento. Sus deseos sobre el tratamiento son importantes, así que hable con su equipo de atención médica al respecto.

- El tratamiento sistémico o la quimiorradiación administrados antes de la cirugía se denominan **tratamientos neoadyuvantes o prequirúrgicos**.

Ganglios linfáticos

Se deben extirpar al menos 16 ganglios regionales y analizarlos para detectar cáncer. Sin embargo, se recomienda extirpar más de 30 ganglios linfáticos regionales.



- El tratamiento sistémico administrado antes, durante y después de la cirugía se denomina **tratamiento periquirúrgico**.
- El tratamiento sistémico administrado después de la cirugía se denomina tratamiento **adyuvante o posquirúrgico**.
- El tratamiento sistémico que se administra para la enfermedad avanzada puede denominarse **tratamiento paliativo**.

Por qué se prefieren algunos tratamientos

Los expertos de NCCN recomiendan tratamientos según los datos científicos y de seguridad. Cuando resulta útil, asignan un nivel de preferencia a sus recomendaciones. Existen tres niveles de preferencia:

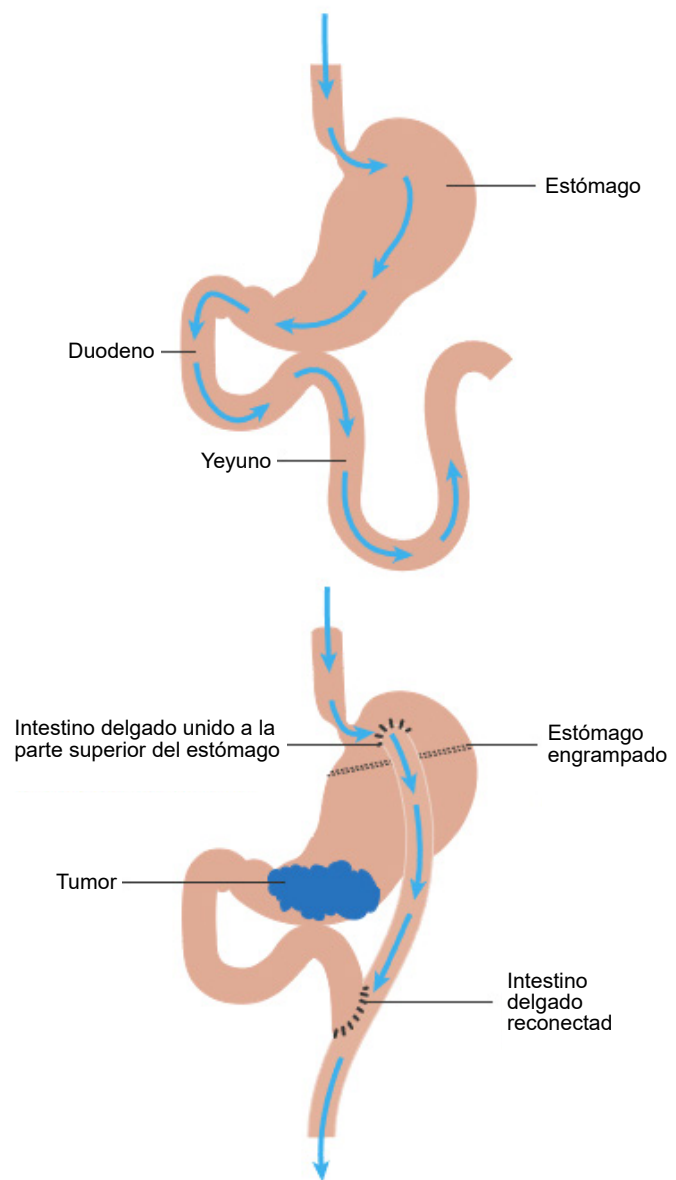
- Los **tratamientos preferidos** son los que cuentan con más pruebas de que funcionan mejor y pueden ser más seguros que otros.
- **Otros tratamientos recomendados** pueden ofrecer resultados efectivos, pero es posible que tengan menos evidencia científica, produzcan más efectos secundarios o no sean tan eficaces como los tratamientos preferidos.
- **En algunos casos, hay tratamientos específicos** que funcionan mejor para personas con determinadas características del cáncer o circunstancias de salud.

Los tipos de tratamiento sistémico incluyen quimioterapia, quimiorradiación, tratamiento dirigido e inmunoterapia.

Gastroyeyunostomía

Un tumor puede obstruir el esófago o el intestino delgado. La cirugía que desvía el recorrido de los alimentos desde el estómago hasta el intestino delgado se denomina gastroyeyunostomía.

https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Diagram_showing_before_and_after_stomach_bypass_surgery_CRUK_108.svg



Quimioterapia

La quimioterapia es un tipo de tratamiento sistémico que elimina las células de rápida división en todo el cuerpo, tanto las cancerosas como algunas células normales. Es posible que se administre más de un medicamento de quimioterapia para tratar el cáncer de estómago.

Algunos de estos son líquidos que se infunden en una vena o se inyectan debajo de la piel con una aguja. Otros medicamentos de quimioterapia se pueden administrar como una píldora que se traga.

Estos son algunos ejemplos de medicamentos de quimioterapia para el cáncer de estómago:

- Capecitabina (Xeloda) o fluorouracilo
- Oxaliplatino (Eloxatin)
- Irinotecán (Camptosar)
- Docetaxel (Taxotere)
- Paclitaxel
- Carboplatino
- Cisplatino

Conjugados de anticuerpos y medicamentos

Los conjugados de anticuerpos y medicamentos (ADC) administran quimioterapia específica para las células. Se unen a una proteína específica que se encuentra fuera de la célula cancerosa y, luego, penetran en la célula. Una vez dentro de la célula, se libera la quimioterapia. Un ejemplo es el fam-trastuzumab deruxtecan-nxki (Enhertu), que se une a la HER2.



Advertencias sobre interacciones de los medicamentos y suplementos

Es posible que se le pida que deje de tomar o evite ciertos suplementos herbarios cuando se someta a un tratamiento sistémico. Algunos suplementos pueden afectar la capacidad de un medicamento para realizar su función. Esto se conoce como interacción de los fármacos.

Es fundamental hablar con su equipo de atención médica sobre cualquier suplemento que esté tomando. Algunos ejemplos son los siguientes:

- Cúrcuma
- Ginkgo biloba
- Extracto de té verde
- Hierba de San Juan
- Antioxidantes

Ciertos medicamentos también pueden afectar la capacidad de un medicamento para realizar su función. Los antiácidos, los medicamentos para el corazón o la presión y los antidepresivos son solo algunos de los medicamentos que pueden interactuar con el tratamiento sistémico. Por eso, es importante que informe a su equipo de atención médica sobre cualquier medicamento, vitaminas, medicamentos de venta libre, herbarios o suplementos que esté tomando.

Lleve una lista con usted a cada visita.

Quimiorradiación

La quimioterapia puede mejorar la eficacia de la radioterapia (RT), por lo que a veces se utilizan juntas y se denominan quimiorradiación. La quimiorradiación es RT local potenciada por la quimioterapia. No se usa con frecuencia, pero puede ser una opción para algunas personas.

Tratamiento dirigido

El tratamiento dirigido afecta a una característica específica o única de las células cancerosas. Los tratamientos dirigidos buscan observar de qué manera las células cancerosas se desarrollan, se dividen y se mueven en el cuerpo. Estos medicamentos detienen o bloquean la acción de las moléculas que colaboran con el crecimiento o la supervivencia de las células cancerosas.

Estos son los tratamientos dirigidos para el cáncer de estómago:

- Trastuzumab (Herceptin)
- Ramucirumab (Cyramza)

En ciertos casos, podrían realizarse los siguientes tratamientos dirigidos:

- Entrectinib (Rozlytrek)
- Dabrafenib (Tafinlar)
- Larotrectinib (Vitrakvi)
- Selpercatinib (Retevmo)
- Trametinib (Mekinist)

Inmunoterapia

El sistema inmunitario tiene muchos interruptores de encendido y apagado. Los tumores se aprovechan de los interruptores de apagado, como PD-1 y CTLA-4. La inmunoterapia es un tipo de tratamiento sistémico que intenta reactivar el sistema inmunitario para destruir las células tumorales. Los inhibidores del punto de control inmunitario (ICI) constituyen un tipo de inmunoterapia.

La inmunoterapia puede administrarse sola o junto con otros tipos de tratamiento. Estos son algunos ejemplos de inmunoterapia para el cáncer de estómago:

- Nivolumab (Opdivo)
- Pembrolizumab (Keytruda)
- Tislelizumab (Tevimbra)
- Dostarlimab-gxly (Jemperli)

Puede encontrar más información sobre los efectos secundarios de los ICI y de la inmunoterapia en [NCCN.org/patientguidelines](https://www.nccn.org/patientguidelines) y en la aplicación [NCCN Patient Guides for Cancer](#).



Radioterapia

La radioterapia (RT) utiliza rayos X de alta energía, fotones, protones, electrones y otras fuentes para destruir las células cancerosas y reducir los tumores. La RT puede administrarse sola o junto con otros tratamientos. Se usa con menos frecuencia para tratar el cáncer de estómago, pero puede utilizarse en algunas personas.

La RT es un tratamiento local que se utiliza para tratar tumores en zonas específicas. Puede centrarse en tumores individuales, una pequeña zona o región del cuerpo, ganglios linfáticos específicos o zonas donde pueda haber pequeños depósitos tumorales indetectables. Sin embargo, la RT no puede utilizarse de forma segura para tratar zonas muy extensas, por lo que no puede sustituir el tratamiento sistémico que circula por todo el cuerpo.

La RT suele utilizarse más como tratamiento complementario (cuidados paliativos) para ayudar a aliviar el dolor o las molestias causadas por el cáncer o para controlar el sangrado provocado por un tumor. La RT puede administrarse antes o después de una cirugía para tratar o ralentizar el crecimiento del cáncer, especialmente si los márgenes quirúrgicos presentan células cancerosas.

La mayoría de los tipos de radiación incluyen sesiones cortas de tratamiento que se administran en pequeñas dosis, una vez al día, durante un período de días o semanas. Esto protege los órganos internos y destruye las células tumorales en la zona abordada. Por esta razón, la RT puede tratar zonas que no se podrían extirpar con cirugía. La mayoría de las veces, no sentirá los efectos de la radioterapia cada día, pero podrían aparecer efectos secundarios a lo largo de las semanas de tratamiento. Pregúntele a su equipo de atención médica qué opciones de radioterapia son las mejores para usted y qué efectos secundarios y efectos a largo plazo pueden tener.



Dónde buscar ensayos clínicos

En los Estados Unidos

Centros oncológicos de NCCN

[NCCN.org/cancercenters](https://www.nccn.org/cancercenters)

The National Cancer Institute (NCI)

[cancer.gov/about-cancer/treatment/clinical-trials/search](https://www.cancer.gov/about-cancer/treatment/clinical-trials/search)

En el mundo

The U.S. National Library of Medicine (NLM)

clinicaltrials.gov

¿Necesita ayuda para buscar un ensayo clínico?

Servicio de Información de Cáncer (Cancer Information Service, CIS) del NCI

+1 800.4.CANCER (+1 800.422.6237)

[cancer.gov/contact](https://www.cancer.gov/contact)

Se puede realizar una exploración por TC en cuatro dimensiones (4D) para planificar la radioterapia. La TC-4D registra varias imágenes a lo largo del tiempo. Permite la reproducción de la exploración como un video, de modo que se pueda rastrear y observar el movimiento interno de los órganos para tenerlo en cuenta a la hora de dirigir la RT.

Ensayos clínicos

Otra opción de tratamiento en cualquier estadio de la enfermedad es participar en un ensayo clínico. Un ensayo clínico es un tipo de estudio de investigación médica. Después de desarrollar y analizar en un laboratorio nuevas formas posibles de combatir el cáncer, es necesario estudiarlas en las personas.

Si en un ensayo clínico se determina que un medicamento, un dispositivo o un método de tratamiento es seguro y eficaz, es posible que lo apruebe la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).

Todas las personas con cáncer deben considerar atentamente todas las opciones de tratamiento que existen para tratar su tipo de cáncer, incluidos los tratamientos habituales y los ensayos clínicos. Converse con su médico para evaluar si tiene sentido participar en un ensayo clínico.

Fases

La mayoría de los ensayos clínicos sobre el cáncer se centran en el tratamiento y se realizan por fases.

- En los ensayos de **fase 1**, se estudian la seguridad y los efectos secundarios de un fármaco en investigación o un método de tratamiento.
- En los ensayos de **fase 2**, se evalúa el grado en que un fármaco o método actúa contra un tipo de cáncer específico.
- En los ensayos de **fase 3**, se evalúa el fármaco o el método en comparación con el tratamiento habitual. Si los resultados son buenos, puede ser aprobado por la FDA.
- En los ensayos de **fase 4**, se estudian la seguridad y el beneficio de un tratamiento aprobado por la FDA.

¿Quién puede inscribirse?

Depende de las normas del ensayo clínico, denominadas criterios de elegibilidad. Las normas pueden referirse a la edad, el tipo y el estadio del cáncer, los antecedentes de tratamiento o el estado de salud general. Estos garantizan que los participantes se asemejen en formas específicas y que el ensayo sea lo más seguro posible para los participantes.

Consentimiento informado

Un equipo de investigación administra los ensayos clínicos. Este grupo de expertos revisará el estudio con usted en detalle, incluidos el propósito, y los riesgos y beneficios de participar. Toda esta información también se proporciona en un formulario de consentimiento informado. Lea el formulario detenidamente y haga preguntas antes de firmarlo. Tómese el tiempo que necesite para conversar con personas de su confianza. Tenga en cuenta que puede dejar el ensayo clínico y recibir un tratamiento fuera de este en cualquier momento.

¿Recibiré un placebo?

Los placebos (versiones inactivas de medicamentos reales) casi nunca se usan solos en los ensayos clínicos sobre el cáncer. Es frecuente recibir un placebo con el tratamiento habitual o un medicamento nuevo con el tratamiento estándar. Antes de inscribirse, se le informará, verbalmente y por escrito, si el ensayo clínico tiene previsto el uso de un placebo.

¿Los ensayos clínicos son gratuitos?

No tiene que pagar nada para inscribirse en un ensayo clínico. El patrocinador del estudio paga los costos relacionados con la investigación, incluido el fármaco del estudio. Pero es posible que tenga que pagar otros servicios, como transporte o servicios de cuidado infantil, debido a las consultas adicionales. Durante el ensayo, continuará recibiendo la atención habitual contra el cáncer. Este tipo de atención a menudo está cubierta por el seguro.

Tratamiento complementario

El tratamiento complementario (también conocido como cuidados paliativos) será específico según sus necesidades. Se administra para prevenir, reducir y aliviar los síntomas y efectos secundarios, y para mejorar la calidad de vida. Puede incluir alivio del dolor, apoyo emocional o espiritual, ayuda económica y asesoramiento familiar. Indique a su equipo de atención médica cómo se siente y si tiene algún efecto secundario del tratamiento, para que puedan controlarlo.

Es muy importante cuidarse mediante una buena alimentación, la ingesta de muchos líquidos, el ejercicio y las actividades que le den energía. Es necesario que tenga fuerza para sostenerse durante el tratamiento. Para obtener más información sobre el tratamiento complementario, consulte el *Capítulo 10: Tratamiento complementario*.

Efectos secundarios

Todos los tratamientos para el cáncer causan problemas de salud no deseados llamados efectos secundarios. El tratamiento complementario le permitirá afrontarlos. Los efectos secundarios dependen de muchos factores, como el tipo de medicamento y la dosis, la duración del tratamiento y la persona. Algunos efectos secundarios pueden ser perjudiciales para su salud y muy graves, mientras que otros solo pueden resultar desagradables.

Pida la lista completa de efectos secundarios de su tratamiento. Además, avise a su equipo de atención médica si tiene síntomas nuevos o si se ha agravado alguno de los síntomas que presentaba. Puede que haya formas de prevenir algunos efectos secundarios para ayudar a que se sienta mejor.

Efectos secundarios tardíos

Los efectos tardíos son efectos secundarios que ocurren meses o años después de que se diagnostica una enfermedad o después de que se

Pregúntele a su equipo de atención médica las opciones de tratamiento con las que cuenta y si podría participar de un ensayo clínico.



Asegúrese de informar a su equipo de atención médica sobre cualquier efecto secundario.

finaliza el tratamiento. Los efectos tardíos pueden ser causados por el cáncer o el tratamiento del cáncer, y pueden incluir problemas físicos, mentales y sociales, así como cánceres secundarios. Cuanto antes se traten los efectos tardíos, mejor. Pregúntele a su equipo de atención médica qué efectos tardíos podrían presentarse y cuáles son los enfoques para prevenirlos y tratarlos. Esto le permitirá saber qué alternativa buscar. Para obtener más información sobre los efectos tardíos, consulte el *Capítulo 11: Después del tratamiento*.

Supervivencia

Una persona es sobreviviente del cáncer desde el momento del diagnóstico hasta el final de su vida. Cuando el tratamiento conduce a la remisión (o no hay indicios de enfermedad), necesitará atención de seguimiento o supervivencia para controlar los efectos tardíos. Durante la atención de supervivencia, seguirá necesitando un equipo de atención médica, pero será diferente.

Busque grupos de apoyo de pares, en línea o presenciales. Para obtener más información sobre la supervivencia, consulte el *Capítulo 11: Después del tratamiento*.

¿Cuál es el siguiente paso?

Después de leer sobre todas las posibilidades de tratamiento, puede encontrar información más detallada de tratamientos según su estadio específico del cáncer: enfermedad en estadio temprano (Capítulo 6), enfermedad localmente avanzada (Capítulo 7), recidiva o cáncer metastásico (Capítulo 8) o carcinoma peritoneal como única enfermedad (Capítulo 9).

Puntos clave

- La cirugía es el tratamiento principal o primario para el cáncer de estómago. La gastrectomía es una cirugía que extirpa todo o parte del estómago.
- Un tumor resecable se puede extirpar con cirugía. Un tumor irresecable no se puede extirpar con cirugía.
- Puede vivir sin estómago. Tendrá un sistema digestivo funcional que le permitirá tragar, comer y digerir los alimentos, pero de una manera diferente. Su equipo de atención médica puede ayudar en la preparación y el manejo de esto.
- El tratamiento sistémico actúa en todo el cuerpo. Incluye quimioterapia, quimiorradiación, tratamiento dirigido e inmunoterapia.
- La radioterapia (RT) utiliza rayos X de alta energía, protones, fotones y otras fuentes para destruir las células cancerosas y reducir los tumores. Se usa con menos frecuencia para tratar el cáncer de estómago, pero puede utilizarse en algunas personas.
- Un ensayo clínico es un tipo de investigación que estudia un tratamiento para determinar qué tan seguro es y qué tan bien funciona.

- El tratamiento complementario alivia los síntomas causados por el cáncer o su tratamiento y mejora la calidad de vida.

Preguntas para hacer

- Si necesito cirugía, ¿me extirparán todo o parte del estómago?
- ¿Qué otros órganos o tejidos pueden extirparse durante la cirugía?
- ¿Qué se puede hacer para evitar o aliviar los efectos secundarios del tratamiento?
- ¿En qué situaciones debo llamar a mi equipo de atención médica? ¿Los efectos secundarios deben ser graves para notificarlos?
- Si necesito quimioterapia, ¿qué tipo recibiré?

¿Sabía usted?

Los términos "quimioterapia" y "tratamiento sistémico" suelen usarse de forma intercambiable, pero no significan lo mismo.

El tratamiento sistémico actúa en todo el cuerpo. La quimioterapia es un tipo de tratamiento sistémico. La inmunoterapia y el tratamiento dirigido también son tratamientos sistémicos.

6

Cáncer de estómago en estadio temprano

- 52 Tratamiento
- 53 Atención de seguimiento
- 54 ¿Cuál es el siguiente paso?
- 54 Puntos clave
- 54 Preguntas para hacer

El cáncer de estómago en estadio temprano no se ha extendido más allá de la primera capa de la pared del estómago. El tratamiento es una cirugía o resección endoscópica.

El cáncer de estómago en estadio temprano incluye el estadio 0 (también llamado carcinoma *in situ*), que se considera un precáncer, y los tumores en estadio 1 que no han crecido más allá de la primera capa de la pared del estómago. Para obtener más información, consulte la descripción e ilustración de las capas del estómago en el *Capítulo 2: Acerca del estómago*.

Cuando el cáncer se encuentra en los primeros estadios, es más fácil de tratar porque no se ha extendido demasiado desde el lugar donde comenzó.

Tratamiento

Antes del tratamiento, su equipo de atención médica revisará los resultados de sus estudios. Decidirán junto con usted si la resección endoscópica (RE) o la cirugía (gastrectomía) es la mejor opción, o si no es elegible para la cirugía.

Reunir las condiciones para realizarse la cirugía significa que debe gozar de una salud lo suficientemente buena como para someterse a ella y no tener otros problemas graves. El tipo de cirugía para el cáncer de estómago en estadio temprano suele ser una gastrectomía parcial (se extirpa parte del estómago). Con menos frecuencia, el tratamiento consiste en una gastrectomía total (extirpación completa del estómago).

Incluso si puede realizarse la cirugía, es posible que no desee operarse, y eso está bien.

Si la cirugía no es una opción para usted, se puede realizar una resección endoscópica. En este procedimiento, se introduce un endoscopio por la garganta para extirpar el tumor del estómago. Después de la RE, deberá asistir a visitas de seguimiento (vigilancia) en las que se le hará chequeos para detectar si el cáncer ha regresado (recidiva). Consulte *Atención de seguimiento*.

De lo contrario, si su estado de salud es suficientemente adecuado para tolerar la cirugía, esta se realizará a continuación. Para obtener más información sobre algunos de los efectos secundarios de la cirugía, consulte el *Capítulo 11: Después del tratamiento*.

Durante la cirugía, se tomará una muestra del tumor para analizarlo y reestadificarlo. Si en los estudios se confirma que el cáncer se encuentra en los primeros estadios anatomopatológicos (estadio 0 o estadio 1A), deberá asistir a visitas de seguimiento para detectar la reaparición del cáncer. Consulte *Atención de seguimiento*.

Sin embargo, si el cáncer se ha reestadificado entre el estadio anatomopatológico 1B y el 3, se considera cáncer localmente avanzado, lo que se detalla en el siguiente capítulo.

Guía 3 Posible tratamiento para el cáncer de estómago en estadio temprano

Resección endoscópica

Cirugía (gastrectomía total o parcial)

Atención de seguimiento

Después del tratamiento, recibirá atención de seguimiento. Es importante que no falte a las consultas de seguimiento y a las citas para los estudios de diagnóstico por imágenes.

Estadio 0

Si tiene cáncer de estómago en estadio 0 (carcinoma *in situ*) que se trató con éxito mediante una resección endoscópica, su atención de seguimiento podría incluir:

- Antecedentes médicos y examen físico cada 3 a 6 meses durante 1 a 2 años y, luego, cada 6 a 12 meses durante 3 a 5 años.
- Hemograma completo (HC) y perfil bioquímico, según sea necesario.
- Endoscopia GI superior (EGD) cada 6 meses durante 1 año, luego anualmente durante 3 años.
- Estudios de diagnóstico por imágenes de rutina (TC de tórax/abdomen/pelvis con medio de contraste oral e IV) según se requiera en función de los síntomas y consideración de recidiva.

Estadio 1 (temprano)

El tumor que no se ha extendido más allá de la primera capa de la pared del estómago (la mucosa) se considera cáncer de estómago en estadio temprano 1. Si se trata con éxito mediante una cirugía o resección endoscópica, la atención de seguimiento podría incluir:

- Antecedentes médicos y examen físico cada 3 a 6 meses durante 1 a 2 años y, luego, cada 6 a 12 meses durante 3 a 5 años.
- HC y perfil bioquímico, según sea necesario.
- TC de tórax/abdomen/pelvis con medio de contraste oral e IV, según sea necesario.
- Control de deficiencias nutricionales (como niveles bajos de vitamina B12 y hierro), especialmente después de una gastrectomía total, según sea necesario.
- Después de una resección endoscópica: endoscopia GI superior cada 6 meses durante 1 año, luego una vez al año hasta por 5 años y, posteriormente, según sea necesario de acuerdo con los síntomas o los resultados de los estudios.
- Después de la cirugía: endoscopia GI superior según sea necesario.

Si necesita asistencia para afrontar el diagnóstico, consulte si hay un grupo de apoyo en su área, ya sea presencial o en línea.



¿Cuál es el siguiente paso?

Después del tratamiento, continuará con exámenes y estudios de diagnóstico por imágenes de forma regular. Consulte el *Capítulo 10: Tratamiento complementario* y el *Capítulo 11: Después del tratamiento* para saber qué más puede esperar.

Puntos clave

- El cáncer de estómago en estadio temprano es más fácil de tratar que aquellos en estadios posteriores.
- Si el tumor está en el estadio temprano 1, no se ha extendido más allá de la mucosa, la primera capa de la pared del estómago.
- La cirugía no es para todas las personas. Debe gozar de una salud lo suficientemente buena como para someterse a una cirugía y no tener otros problemas de salud graves.
- También tiene la opción de no realizársela si no lo desea.
- Es posible que le realicen una resección endoscópica (RE) en lugar de una cirugía.
- Después del tratamiento con RE o cirugía, recibirá atención de seguimiento. Es importante que no falte a las consultas de seguimiento y a las citas para los estudios de diagnóstico por imágenes.

Preguntas para hacer

- ¿Cuáles son las posibilidades de que reaparezca el cáncer después del tratamiento?
- ¿Qué decisiones se deben tomar hoy?
- ¿Cuántos procedimientos como el que me recomienda ha realizado?
- ¿Cuáles son las posibles complicaciones del tratamiento?
- ¿Quién se encargará de coordinar mi atención diaria?

7

Cáncer de estómago localmente avanzado

- 56 Potencialmente resecable
- 60 Irresecable
- 61 Atención de seguimiento
- 61 ¿Cuál es el siguiente paso?
- 62 Puntos clave
- 62 Preguntas para hacer

En el cáncer de estómago localmente avanzado, el tumor ha crecido hasta la segunda capa de la pared del estómago (la submucosa). También puede haberse extendido a los ganglios linfáticos u órganos cercanos al estómago. En la enfermedad localmente avanzada, el cáncer no se ha extendido a partes distantes del cuerpo.

La enfermedad localmente avanzada es el cáncer que ha crecido más allá de la capa interna de la pared del estómago o se ha extendido a los ganglios linfáticos u órganos cercanos.

Después de que se le hayan realizado los estudios de diagnóstico, que incluyen ecografía endoscópica y biopsias (consulte la **Guía 1** en el *Capítulo 3: Estudios para detectar el cáncer de estómago*), y que se haya determinado que tiene cáncer localmente avanzado, su profesional médico podría recomendar una laparoscopia con citología para obtener más información.

En este procedimiento mínimamente invasivo, el cirujano insertará un laparoscopio (un tipo de endoscopio con una cámara en el extremo) por el abdomen para buscar cáncer en el revestimiento abdominal (peritoneo). Se extraerán muestras de líquido o tejido de la zona. Las muestras se enviarán al laboratorio, donde un anatomopatólogo examinará las células para detectar cáncer y orientar mejor el tratamiento (citología).

El objetivo de la laparoscopia y la citología es determinar si el cáncer es potencialmente resecable (extirpable con cirugía) o irresecable (no extirpable con cirugía). Una vez obtenidos los resultados, su equipo de atención médica le explicará las opciones de tratamiento. **Consulte la Guía 4.**

Potencialmente resecable

Si su equipo de atención médica considera que el tumor es potencialmente resecable, significa que hay buenas probabilidades de extirparlo por completo con cirugía.

Si el tumor en estadio clínico 1 ha crecido hasta llegar a la segunda capa de la pared del estómago (la submucosa) y usted tiene un estado de salud óptimo para la cirugía, es posible que su equipo de atención médica le recomiende someterse a ella para extirparlo. Consulte *Cirugía sin tratamiento sistémico* para saber qué tratamiento podría esperar.

Si el tumor ha crecido hasta llegar a la tercera capa de la pared del estómago (la capa muscular) o más allá, y puede que haya cáncer en los ganglios linfáticos (esto significa que podría estar en estadio clínico 1 o en estadio 2A, 2B, 3, 4A o 4B), una de las siguientes tres opciones son probables:

Guía 4 Tratamiento posible para la enfermedad locorregional

Cirugía

Quimioterapia periquirúrgica

Tratamiento neoadyuvante o periquirúrgico de los inhibidores del punto de control inmunitario, solo para tumores MSI-H/dMMR

Quimioterapia

Quimiorradiación

- Cirugía (como único procedimiento). Si solo se somete a cirugía, consulte *Cirugía sin tratamiento sistémico*.
- Quimioterapia perquirúrgica (antes y después de la cirugía).
- Tratamiento neoadyuvante (antes de la cirugía o prequirúrgico) o tratamiento perquirúrgico de los inhibidores del punto de control inmunitario (ICI) solo si el tumor presenta MSI-H/dMMR.

Cirugía sin tratamiento sistémico

La mayoría de los pacientes con cáncer de estómago deberán someterse a cirugía (gastrectomía). Durante la cirugía, se extirparán una muestra del tumor y al menos 16 ganglios linfáticos (disección de ganglios linfáticos D1) para su evaluación y reestadificación del cáncer (esto se llama estadio anatomopatológico). El tratamiento que recibirá a continuación se basará en este estadio.

R0

En un margen de resección claro o negativo (R0), no hay células cancerosas en el tejido alrededor del borde del tumor. Sin embargo, aún puede haber cáncer en los ganglios linfáticos regionales. Los próximos pasos dependerán de la extensión del tumor hacia la pared del estómago y de la presencia o ausencia de cáncer en los ganglios linfáticos regionales.

Si el cáncer se encuentra en estadio 0 o 1A, comenzará el período de observación. Consulte la sección *Atención de seguimiento* para obtener más detalles.

Si el cáncer ahora se encuentra en estadio 1B y no hay cáncer en los ganglios linfáticos, recibirá algunas de las siguientes opciones:

- Observación.
- Quimioterapia con fluoropirimidina (fluorouracilo o capecitabina), luego quimiorradiación con fluoropirimidina y, posteriormente, más fluoropirimidina en algunos pacientes.

Si ya se sometió a una cirugía, no recibió tratamiento prequirúrgico, el cáncer ahora está en estadio 2A o 2B con o sin cáncer en los ganglios linfáticos, o en estadio 1B o superior (2A, 2B, 3A, 3B o 3C) con cáncer en los ganglios linfáticos, recibirá uno de los siguientes tratamientos:

- Quimioterapia con fluoropirimidina (fluorouracilo o capecitabina), luego quimiorradiación con fluoropirimidina y, posteriormente, más fluoropirimidina si se extirparon menos de 30 ganglios linfáticos.
- Quimioterapia para personas a quienes se les extirparon 30 o más ganglios linfáticos (disección de ganglios linfáticos D2).

R1

El margen positivo R1 significa que el cirujano extirpó todo el tumor visible, pero aún queda cáncer microscópico en el margen. Este cáncer no se puede ver a simple vista, pero sí con un microscopio.

Para el tratamiento, recibirá quimiorradiación con fluoropirimidina. Consulte *Atención de seguimiento* para saber qué sigue.

R2

La resección R2 significa que el cirujano no pudo extirpar todo el tumor visible o que hay cáncer en el margen, el cual puede verse a simple vista. El cáncer que queda después de la cirugía puede estar cerca de donde estaba el tumor primario, en los ganglios linfáticos o en sitios distantes (metastásico). Su tratamiento consistirá en quimiorradiación con fluoropirimidina o tratamiento complementario.

Cáncer metastásico

Si el cirujano observó que el cáncer se ha extendido a partes distantes del cuerpo (metástasis), no se someterá a una cirugía. A veces, puede recibir radioterapia, quimioterapia o ambas. Tiene la opción de no recibir ningún tratamiento. En cambio, es posible que reciba tratamiento complementario. Para obtener más información sobre el tratamiento complementario, lea el siguiente capítulo y el *Capítulo 10: Tratamiento complementario*.

Quimioterapia periquirúrgica

Si recibe quimioterapia periquirúrgica, significa que se administrará antes y después de la cirugía. Para ver las opciones de tratamiento sistémico, **consulte la Guía 5**.

Después del tratamiento sistémico, deberá realizarse una TC de tórax/abdomen/pelvis con medio de contraste oral e IV para determinar si el tratamiento ayudó a controlar el tumor. Si es necesario, también se le puede hacer una TEP/TC con FDG.

En ese momento, el cáncer se clasificará nuevamente como resecable o irresecable. Si se considera resecable, se le realizará otra cirugía (que es la opción de preferencia). En ese momento, es posible que se determine que el cáncer es irresecable y se observe la diseminación peritoneal. Consulte *Cirugía después del tratamiento sistémico* para saber qué sigue.

No obstante, si el cáncer es resecable y decide no someterse a una cirugía, recibirá un tratamiento complementario. El tratamiento complementario (también llamado cuidados paliativos) está disponible para controlar los síntomas, mejorar la calidad de vida y prolongarla. El tratamiento sistémico con o sin radioterapia puede ser una opción. Obtenga más información sobre el tratamiento complementario en el siguiente capítulo y en el *Capítulo 10: Tratamiento complementario*.

Tratamiento complementario.

Si su cáncer se considera irresecable o es metastásico (se ha extendido a sitios distantes), recibirá tratamiento complementario (consulte el siguiente capítulo).

Tratamiento neoadyuvante o periquirúrgico de los ICI para tumores MSI-H/dMMR

Si las pruebas de biomarcadores muestran que su tumor presenta MSI-H/dMMR, su profesional médico podría recomendar un tratamiento neoadyuvante (prequirúrgico) o periquirúrgico de los ICI (sin quimioterapia). Para conocer las opciones de tratamiento, **consulte la Guía 5**.

Después del tratamiento, se le realizarán estudios de diagnóstico por imágenes o una endoscopia GI superior y biopsia. Estas pruebas mostrarán uno de estos tres resultados:

- **Sin evidencia de enfermedad:** significa que no se detectó cáncer de estómago y pasará a la observación (consulte *Atención de seguimiento*) o cirugía (consulte *Cirugía después del tratamiento de sistémico*).
- **Enfermedad local persistente:** significa que todavía hay enfermedad local. El tratamiento preferido es la cirugía, o podría recibir tratamiento complementario (cuidados paliativos).

- **Nueva enfermedad metastásica:** hay signos de extensión del cáncer que no estaban presentes anteriormente, y recibirá tratamiento complementario.

Es importante tener en cuenta que, en ocasiones, se determinará si la enfermedad es irresecable durante la cirugía.

Guía 5 Opciones de tratamiento sistémico

Quimioterapia periquirúrgica (antes y después de la cirugía)

Preferido:

- FLOT (fluorouracilo, leucovorina, oxaliplatino y docetaxel)
- Fluoropirimidina y oxaliplatino

Otras recomendaciones:

- Fluorouracilo y cisplatino

Tratamiento neoadyuvante (antes de la cirugía) o periquirúrgico de los inhibidores del punto de control inmunitario para tumores MSI-H/dMMR

En algunos casos, se utiliza lo siguiente:

- Nivolumab e ipilimumab seguido de nivolumab
- Pembrolizumab
- Tremelimumab y durvalumab solo para el tratamiento neoadyuvante

Quimiorradiación (después de la cirugía)

- Fluoropirimidina (fluorouracilo o capecitabina) antes y después de la quimiorradiación con fluoropirimidina

Quimioterapia (después de la cirugía) para pacientes con una disección de ganglios linfáticos D2

Preferido:

- Capecitabina y oxaliplatino
- Fluorouracilo y oxaliplatino

Quimiorradiación para la enfermedad irresecable

Preferido:

- Fluorouracilo y oxaliplatino
- Fluorouracilo y cisplatino

Otras recomendaciones:

- Fluoropirimidina (fluorouracilo o capecitabina) y paclitaxel

Cirugía después del tratamiento sistémico

El tratamiento sistémico se administra para controlar el tumor antes de la cirugía. Para ver las opciones de tratamiento sistémico, **consulte la Guía 5**. El objetivo de la cirugía (gastrectomía) es extirpar el tumor y todo rastro de cáncer que haya quedado. El tratamiento después de la cirugía depende del resultado de esta y de si hay cáncer en el margen quirúrgico: R0, R1 y R2.

R0

Si no quedó cáncer en el margen quirúrgico (R0) después de la cirugía, el tratamiento consistirá en más tratamiento sistémico y, luego, comenzará la observación (consulte *Tratamiento de seguimiento*).

R1

Si el resultado de la cirugía indica que hay cáncer microscópico en el margen (R1), recibirá quimiorradiación (con quimioterapia con fluoropirimidina) o se someterá a otra cirugía para extirpar el cáncer remanente. Luego, recibirá tratamiento de seguimiento (consulte *Tratamiento de seguimiento*).

R2

Si se observó que hay cáncer en el margen durante la cirugía (es irresecable), recibirá quimiorradiación (con quimioterapia con fluoropirimidina) o tratamiento complementario (cuidados paliativos).

Cáncer metastásico

Si recibió tratamiento sistémico antes de la cirugía y se observó que el cáncer se ha extendido a otras zonas distantes (metástasis), ha pasado a ser irresecable o afecta el peritoneo, recibirá tratamiento complementario. Para obtener más información sobre el tratamiento complementario, lea el siguiente capítulo y el *Capítulo 10: Tratamiento complementario*.

Es útil hacer preguntas para aprender todo lo posible. Le permitirá tener un rol más activo en su atención y puede darle una sensación de control.

Tratamiento sin cirugía

La cirugía no es para todas las personas. Quizás su cuerpo no sea lo suficientemente fuerte o saludable para someterse a una cirugía, o quizás simplemente decida no operarse (sus deseos sobre el tratamiento son siempre importantes).

Si no se someterá a una cirugía o si su cáncer se ha extendido (metástasis), pasó a ser irresecable o afecta el peritoneo, la atención se centrará en el tratamiento complementario. Estos cuidados ayudan a controlar los síntomas, mejorar la calidad de vida y prolongarla. Obtenga más información sobre el tratamiento complementario en el siguiente capítulo y en el *Capítulo 10: Tratamiento complementario*.

Irresecable

No todos los tumores se pueden extirpar con cirugía. Puede deberse a su tamaño o ubicación, a que se ha extendido o a que la persona no tiene un buen estado de salud para tolerar una cirugía mayor. En otras palabras, el tumor no puede extirparse de forma segura y por completo, lo que se denomina tumor irresecable.

El cáncer irreseccable puede tratarse en cambio con quimiorradiación o tratamiento sistémico.

Consulte la Guía 5 para conocer las opciones de tratamiento sistémico.

Esto suele denominarse tratamiento neoadyuvante o prequirúrgico. Si goza de una salud lo suficientemente buena como someterse a una cirugía, el objetivo es intentar reducir el tamaño del tumor para facilitar su extirpación quirúrgica.

Después del tratamiento neoadyuvante, se le realizarán estudios de diagnóstico por imágenes y análisis de sangre para reestadificar el cáncer. Si el tumor ahora es reseccable y se puede extirpar, la cirugía es el tratamiento preferido, cuando sea posible, o pasará a recibir tratamiento de seguimiento (consulte *Tratamiento de seguimiento*).

Si el tumor sigue siendo irreseccable o la enfermedad se ha extendido (metástasis), el tratamiento se centrará en los cuidados paliativos (consulte el siguiente capítulo).

Atención de seguimiento

Si el cáncer está en estadio 1 y el tumor se trató con cirugía o resección endoscópica (RE), la atención de seguimiento podría incluir lo siguiente:

- Antecedentes médicos y examen físico cada 3 a 6 meses durante 1 a 2 años y, luego, cada 6 a 12 meses durante 3 a 5 años.
- Hemograma completo (HC) y perfil bioquímico, según sea necesario.
- Para pacientes tratados con RE, endoscopia GI superior cada 6 meses durante 1 año, luego anualmente durante un máximo de 5 años o más, según los síntomas y los resultados de los estudios de diagnóstico por imágenes.

- Para pacientes que se sometieron a una cirugía, endoscopia GI superior, según sea necesario. TC de tórax/abdomen/pelvis con medio de contraste según sea necesario.
- Detección de deficiencias nutricionales (como niveles bajos de vitamina B12 y hierro), según sea necesario.

Si el cáncer está en estadio 2 o 3 y no recibió tratamiento sistémico, o si está en estadio 1, 2 o 3 y recibió tratamiento sistémico antes o después de la cirugía, la atención de seguimiento podría incluir lo siguiente:

- Antecedentes médicos y examen físico cada 3 a 6 meses durante 1 a 2 años y, luego, cada 6 a 12 meses durante 3 a 5 años.
- Hemograma completo (HC) y perfil bioquímico, según sea necesario.
- Para pacientes que se sometieron a una gastrectomía parcial, endoscopia GI superior, según sea necesario.
- TC de tórax/abdomen/pelvis con medio de contraste cada 6 meses durante los primeros 2 años, luego anualmente por hasta 5 años.
- Detección de deficiencias nutricionales (como niveles bajos de vitamina B12 y hierro), según sea necesario.

¿Cuál es el siguiente paso?

Después del tratamiento y como se mencionó antes, se le realizarán regularmente exámenes y estudios de diagnóstico por imágenes. Consulte el *Capítulo 10: Tratamiento complementario* y el *Capítulo 11: Después del tratamiento* para saber qué esperar a continuación.

Puntos clave

- En el cáncer de estómago localmente avanzado, el tumor ha crecido más allá de la primera capa de la pared del estómago o puede haberse extendido a los ganglios linfáticos u órganos cercanos.
- El cáncer de estómago localmente avanzado no es una enfermedad metastásica.
- La cirugía no se indica en todos los casos. Si no es una opción, la atención se centrará en el tratamiento complementario. Sus deseos siempre son importantes.
- El tratamiento complementario se administra para controlar los síntomas, mejorar la calidad de vida y prolongarla.
- No todos los tumores se pueden extirpar con cirugía. A estos se los llama irresecables.
- El cáncer irresecable puede tratarse con quimiorradiación o tratamiento sistémico. Si el tumor se reduce, es posible realizar la cirugía.
- Después de esta, se le realizará un tratamiento de seguimiento para controlar la recidiva del cáncer.



Defienda sus intereses. Converse con alguien que haya pasado por lo mismo que usted. Haga muchas preguntas, incluso las que tenga miedo de hacer. Tiene que protegerse y cerciorarse de tomar las mejores decisiones y recibir la mejor atención para su caso en particular”.

Preguntas para hacer

- ¿De qué manera repercuten en mis opciones mi edad, mi estado de salud general y otros factores?
- ¿Qué pasa si no hago nada?
- ¿Cómo puedo obtener una segunda opinión?
- ¿Qué opción se demostró que es la más efectiva para mi cáncer, edad, salud general y otros factores?
- ¿Cumpló los requisitos para participar en un ensayo clínico? ¿Puedo participar en un ensayo clínico en cualquier momento?

8

Recidiva y cáncer metastásico

64 Opciones de tratamiento

65 Cuidados paliativos

69 Puntos clave

69 Preguntas para hacer

En este capítulo, se analizan las opciones de tratamiento en caso de recidiva y cáncer metastásico. La recidiva es la reaparición del cáncer de estómago, ya sea cerca del tumor original, o la extensión a zonas distantes del cuerpo, lo que se denomina cáncer metastásico.

Cuando el cáncer reaparece en la parte del estómago donde se encontraba inicialmente el tumor o cerca de este, se denomina recidiva localmente avanzada. La recidiva localmente avanzada puede aparecer en los ganglios linfáticos cercanos, los tejidos del abdomen y la zona de la cirugía original, si se realizó una. El cáncer de estómago que se ha extendido a zonas distantes del cuerpo se denomina enfermedad metastásica, también conocida como estadio 4. Puede que haya sido previamente irresecable y que también se haya extendido. La recidiva es cuando se presenta cualquiera de estas situaciones.

Si tiene una recidiva y siente agobio, no dude en contactar a su equipo de atención médica para informárselo. Es posible que realicen una derivación para que pueda recibir más ayuda o participar en otros programas que le permitan manejar sus sentimientos. No se olvide de que cuenta con apoyo.

Opciones de tratamiento

Si el tumor localmente avanzado en recidiva se puede extirpar (es resecable), la cirugía podría ser una opción. Sin embargo, los cuidados paliativos también son una posibilidad y se explican más adelante.

En el caso de los tumores localmente avanzados que no se pueden extirpar con cirugía (irresecables), o si hay enfermedad metastásica, el objetivo del tratamiento es reducir la cantidad de cáncer y evitar su extensión. Los cuidados paliativos pueden ayudar con esto.

Su estado funcional ayuda a determinar el tipo de cuidados paliativos. Si cuenta con la capacidad para caminar y cuidarse por su cuenta, podrá realizarse una prueba de biomarcadores, si aún no se la realizó. Además, si goza de una salud lo suficientemente buena como para recibir quimiorradiación o tratamiento sistémico, podría recibir una de estas opciones. Para obtener más información sobre el estado funcional, consulte el *Capítulo 3: Estudios para detectar el cáncer de estómago*.

No obstante, si su nivel de actividad no es muy alto aún ni puede cuidarse por sus propios medios, el tratamiento complementario (una parte de los cuidados paliativos) probablemente sea la mejor opción para usted.

Guía 6 Posible tratamiento para la recidiva y enfermedad metastásica

Cirugía

Cuidados paliativos

Tratamiento sistémico

Quimiorradiación

Cuidados paliativos

Además de la cirugía, el tratamiento de la recidiva localmente avanzada y la enfermedad metastásica podría denominarse cuidados paliativos. Esto significa que tiene diferentes opciones para sentir menos dolor o molestias.

Si todavía no se ha realizado pruebas de biomarcadores tumorales, podría hacérselas antes de cualquiera de los siguientes pasos:

- Quimiorradiación (quimioterapia y radioterapia administradas juntas)
- Tratamiento sistémico
- Tratamiento complementario
- Tratamiento para el carcinoma peritoneal como única enfermedad (cáncer de estómago limitado al peritoneo). Consulte el siguiente capítulo para conocer las opciones.

Quimiorradiación

Si el tumor locorregional es irreseccable y aún no ha recibido quimiorradiación, podría considerarse como una opción de tratamiento. El objetivo es ayudar a reducir el tamaño de los tumores para aliviar el dolor y evitar que el cáncer se extienda.

Tratamiento sistémico

En este estadio de la enfermedad, se realizan tratamientos sistémicos, como la quimioterapia y los tratamientos dirigidos, para reducir el tamaño de los tumores y ayudar a aliviar el dolor, las náuseas o el sangrado.

En cuanto a la recidiva del cáncer, hay un orden de estos tratamientos según qué tan eficaces son para su tipo de cáncer: tratamientos de primera línea y de segunda línea. Las opciones de primera línea se consideran más eficaces que los de segunda línea y, por lo tanto, deben probarse primero. Las opciones se basan en el tratamiento sistémico que ya recibió y su estado funcional.

Sus preferencias sobre el tratamiento siempre son importantes. Hable con su equipo de atención médica y hágale saber cuáles son sus deseos.



Guía 7 Opciones de tratamiento sistémico de primera línea

<p>Opciones preferidas</p>	<p>Para tumores HER2 positivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fluoropirimidina (fluorouracilo o capecitabina), oxaliplatino y trastuzumab • Fluoropirimidina (fluorouracilo o capecitabina), oxaliplatino, trastuzumab y pembrolizumab para tumores PD-L1 positivos • Fluoropirimidina (fluorouracilo o capecitabina), cisplatino y trastuzumab • Fluoropirimidina (fluorouracilo o capecitabina), cisplatino, trastuzumab y pembrolizumab para tumores PD-L1 positivos <hr/> <p>Para tumores HER2 negativos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fluoropirimidina (fluorouracilo o capecitabina), oxaliplatino y nivolumab para tumores PD-L1 positivos • Fluoropirimidina (fluorouracilo o capecitabina), oxaliplatino y pembrolizumab para tumores PD-L1 positivos • Fluoropirimidina (fluorouracilo o capecitabina), oxaliplatino y tislelizumab-jsgr para tumores PD-L1 positivos • Fluoropirimidina (fluorouracilo o capecitabina), oxaliplatino y zolbetuximab-clzb para tumores CLDN18.2 positivos • Fluoropirimidina (fluorouracilo o capecitabina) y oxaliplatino • Fluoropirimidina (fluorouracilo o capecitabina), cisplatino y pembrolizumab para tumores PD-L1 positivos • Fluoropirimidina (fluorouracilo o capecitabina), cisplatino y tislelizumab-jsgr para tumores PD-L1 positivos • Fluoropirimidina (fluorouracilo o capecitabina) y cisplatino <hr/> <p>Para tumores MSI-H/dMMR positivos (independientemente del estado de PD-L1):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pembrolizumab • Dostarlimab-gxly • Nivolumab e ipilimumab • Fluoropirimidina (fluorouracilo o capecitabina), oxaliplatino y nivolumab • Fluoropirimidina (fluorouracilo o capecitabina), oxaliplatino y pembrolizumab
<p>Otras recomendaciones</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Fluorouracilo e irinotecán • Paclitaxel con o sin carboplatino o cisplatino • Docetaxel con o sin cisplatino • Fluoropirimidina (fluorouracilo o capecitabina) • Docetaxel, cisplatino u oxaliplatino y fluorouracilo
<p>Útil en algunos casos</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Entrectinib, larotrectinib o repotrectinib para tumores con fusión positiva del gen <i>NTRK</i>

En la **Guía 7**, puede encontrar las opciones de tratamiento sistémico de primera línea.

En la **Guía 8**, puede encontrar las opciones de tratamiento sistémico de segunda línea.

Guía 8 Opciones de tratamiento sistémico de segunda línea	
Opciones preferidas	<ul style="list-style-type: none"> • Ramucirumab y paclitaxel • Fam-trastuzumab deruxtecan-nxki para tumores HER2 positivos • Docetaxel • Paclitaxel • Irinotecán • Fluorouracilo e irinotecán • Trifluridina y tipiracilo para el tratamiento de tercera línea o posterior
Otras recomendaciones	<ul style="list-style-type: none"> • Ramucirumab • Irinotecán y cisplatino • Fluorouracilo, irinotecán y ramucirumab • Irinotecán y ramucirumab • Docetaxel e irinotecán
Útil en algunos casos	<ul style="list-style-type: none"> • Entrectinib, larotrectinib o repotrectinib para tumores con fusión positiva del gen <i>NTRK</i> • Pembrolizumab para tumores MSI-H o dMMR • Nivolumab e ipilimumab para tumores MSI-H o dMMR • Pembrolizumab para tumores TMB-H (10 o más mutaciones por megabase) • Dostarlimab-gxly para tumores MSI-H o dMMR • Dabrafenib y trametinib para tumores con mutación V600E del gen <i>BRAF</i> • Selpercatinib para tumores con fusión positiva del gen <i>RET</i>
Notas	<ul style="list-style-type: none"> • Se puede agregar leucovorina a los regímenes de fluorouracilo según disponibilidad.

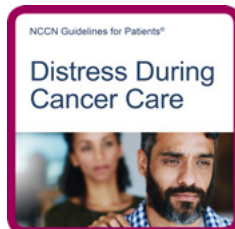
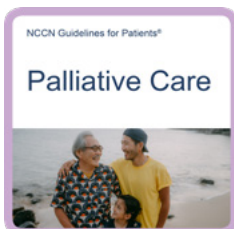
Tratamiento complementario

El objetivo del tratamiento complementario (también llamado cuidados paliativos) es prevenir y aliviar el dolor y las molestias, y brindarle la mejor calidad de vida. El tratamiento complementario incluye tratamientos como los mencionados anteriormente, así como terapias complementarias para el sangrado, las obstrucciones, el dolor, las náuseas y los vómitos.

Recibir este tipo de atención sigue siendo un tratamiento. Es decir, está eligiendo activamente la atención que le permitirá sentirse mejor. Si bien el objetivo es diferente (aliviar el dolor y las molestias), sus deseos y opiniones son tan importantes como lo fueron con otras opciones de tratamiento.

Si tiene alguna pregunta sobre sus opciones de tratamiento complementario, no dude en preguntar a su equipo de atención médica. Para obtener más información, consulte el *Capítulo 10: Tratamiento complementario*. Obtenga más información sobre este tema en *NCCN Guidelines for Patients: Cuidados paliativos*. Para obtener más información sobre cómo enfrentar las sensaciones y emociones que vienen con la atención oncológica, consulte *NCCN Guidelines for Patients: Malestar emocional durante el tratamiento del cáncer*.

Disponible tanto en [NCCN.org/patientguidelines](https://www.nccn.org/patientguidelines) como en la aplicación [NCCN Patient Guides for Cancer](#).



Utilice un diario del dolor

Un diario del dolor es un registro escrito que le ayuda a hacer un seguimiento de cuándo tiene dolor, qué tan intenso es, qué lo provoca y qué lo hace mejorar o empeorar. Use un diario del dolor para hablar sobre su dolor con el equipo de atención médica. Es posible que realice una derivación a un especialista para el manejo del dolor.

Incluya en su diario de dolor:

- ✓ Hora y dosis recibida de todos los medicamentos
- ✓ Cuándo comienza y termina o disminuye el dolor
- ✓ Dónde siente dolor
- ✓ Descripción de su dolor. ¿Es punzante, agudo, una sensación de hormigueo o le provoca ardor? ¿Es constante o aparece y desaparece?
- ✓ ¿Cambia el dolor a diferentes horas del día? ¿Cuándo?
- ✓ ¿El dolor empeora antes o después de las comidas? ¿Ciertos alimentos o bebidas mejoran el dolor?
- ✓ ¿El dolor mejora o empeora con la actividad? ¿Qué tipo de actividad?
- ✓ ¿El dolor hace que no pueda conciliar el sueño? ¿El dolor hace que se despierte en la noche?
- ✓ Clasificación de su dolor de 0 (sin dolor) a 10 (el peor dolor que haya sentido)
- ✓ ¿El dolor le impide hacer las cosas que disfruta?

Puntos clave

- ▶ Cuando el cáncer de estómago reaparece en el mismo lugar (o casi en la misma zona), se denomina recidiva localmente avanzada.
- ▶ El cáncer de estómago que se ha extendido a partes distantes del cuerpo se conoce como enfermedad metastásica.
- ▶ La cirugía podría ser una opción para quienes tienen un tumor resecable localmente avanzado.
- ▶ En el caso de recidiva irresecable localmente avanzada, enfermedad metastásica o pacientes que no se someterán a la cirugía, el tratamiento se centrará en el cuidado paliativo. Su objetivo es controlar los síntomas, mejorar la calidad de vida y prolongarla.
- ▶ Las opciones para controlar la recidiva y la enfermedad metastásica se basan en su estado funcional. Este se refiere a la evaluación del nivel general de aptitud física de una persona y su capacidad para realizar tareas de la vida diaria.
- ▶ El tratamiento complementario es una opción para todas las personas.
- ▶ Los tratamientos de primera línea se consideran los mejores para comenzar. Las opciones se basan en el tratamiento sistémico que ya recibió y su estado funcional.

Preguntas para hacer

- ▶ ¿Es importante el orden de los tratamientos disponibles?
- ▶ ¿Cuándo comenzaré el tratamiento?
- ▶ ¿Qué debo esperar del tratamiento? ¿Cuáles son los efectos secundarios?
- ▶ ¿Cuánto dolor tendré? ¿Qué se hará para controlarlo?
- ▶ ¿Puede ayudarme a conseguir recursos de apoyo emocional?

9

Carcinoma peritoneal como única enfermedad

71 Opciones de tratamiento

73 Puntos clave

73 Preguntas para hacer

El carcinoma peritoneal como única enfermedad se produce cuando el cáncer de estómago solo se extiende al peritoneo. Esto no es común, pero si se presenta, hay tratamientos nuevos que podrían ayudar.

A veces, el cáncer de estómago solo se extiende (hace metástasis) al peritoneo. Este es el tejido que recubre el abdomen y la mayoría de los órganos. Cuando el cáncer solo se extiende a esta zona y a ninguna otra, se denomina carcinoma peritoneal como única enfermedad. Puede detectarse mediante laparoscopia o después del tratamiento neoadyuvante (prequirúrgico). Si bien este tipo de metástasis es grave y corresponde a un cáncer de estómago en estadio 4, existen nuevas formas de tratamiento disponibles para algunas personas.

Opciones de tratamiento

Uno de estos nuevos tratamientos se denomina quimioterapia intraperitoneal (IC)/quimioterapia intraperitoneal hipertérmica (HIPEC) y se realiza mediante una gastrectomía como parte de la cirugía citorrreductora (que reduce la cantidad de cáncer en el abdomen).

La cirugía citorrreductora completa implica la extirpación de todo el tejido canceroso. La citorrreducción incompleta significa que queda algo de tejido canceroso después de la cirugía. Puede encontrar más información en la sección *ICP bajo* más adelante.

Si recibe un diagnóstico de carcinoma peritoneal como única enfermedad y ya se ha sometido a estudios de diagnóstico con examen físico, estadificación por imágenes y una laparoscopia diagnóstica, recibirá tratamiento sistémico durante al menos 3 meses. **Consulte las Guías 7 y 8**

en el *Capítulo 8: Recidiva y cáncer metastásico* para conocer los tipos de tratamiento sistémico.

Si aún no se ha realizado los estudios de diagnóstico (**Guía 1** en el *Capítulo 3: Estudios para detectar el cáncer de estómago*), deberá hacerlo antes de pasar al tratamiento sistémico.

Después de completar el tratamiento sistémico durante al menos 3 meses, el cáncer se reestadificará y se incluirán los siguientes estudios:

- TC
- Laparoscopia diagnóstica con lavados que documentan el índice de cáncer peritoneal (ICP) con o sin biopsia
- Exploración por TEP/TC con FDG si es necesario
- Endoscopia gastrointestinal (GI) superior si es necesario

Tras la reestadificación, se determinará si el cáncer tiene un ICP bajo (lo que significa que la enfermedad está estable o manifiesta mejorías, sin evidencia de mayor extensión) o un ICP alto (progresión de la enfermedad y extensión fuera del peritoneo).

Guía 9 Tratamiento posible para el carcinoma peritoneal como única enfermedad

IC/HIPEC

Tratamiento sistémico

Ensayo clínico

Tratamiento complementario

ICP bajo

Si se le diagnostica un ICP bajo, su equipo de atención médica se reunirá para hablar sobre los siguientes pasos. Si se considera que la citorreducción completa (extirpación de todo el tejido canceroso) podría ser posible, tendrá las siguientes opciones:

- Participación en un ensayo clínico
- Gastrectomía con cirugía citorréductora e IC/HIPEC
- Continuación del tratamiento sistémico

¿Qué es IC/HIPEC?

IC/HIPEC es un procedimiento que se realiza inmediatamente después de la cirugía citorréductora. Funciona mediante la circulación de dosis altas de una solución de quimioterapia calentada por el abdomen (para llegar al peritoneo). Puede llegar a lugares donde la quimioterapia tradicional no puede, pero es importante saber que la IC/HIPEC aún se encuentra en investigación en diversos ensayos clínicos. Por lo tanto, los expertos de NCCN recomiendan que la IC/HIPEC solo se use en algunos casos y que usted y su equipo de atención médica conversen para decidir si es una buena opción en su caso.

Sin embargo, si su equipo de atención médica considera que la citorreducción puede ser incompleta, no se recomienda la IC/HIPEC. Si este es el caso, recibirá uno de estos tratamientos:

- Participación en un ensayo clínico
- Continuación del tratamiento sistémico

ICP alto

Si se considera que el cáncer de estómago tiene un ICP alto (el cáncer se ha extendido fuera del peritoneo), estas son las opciones:

- Continuación del tratamiento sistémico
- Participación en un ensayo clínico
- Tratamiento complementario

Tratamiento complementario

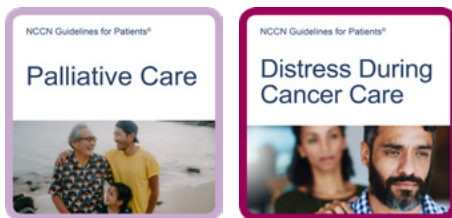
El tratamiento complementario (también conocido como cuidados paliativos) le permite sentirse mejor en cualquier estadio del cáncer. Puede incluir cirugía, medicamentos y terapias complementarias para tratar el sangrado, las obstrucciones, el dolor, las náuseas y los vómitos, entre otros problemas de salud.

Los ensayos clínicos son siempre una opción para este estadio del cáncer.



Sea cual sea el tratamiento que elija con su equipo de atención médica, o si decide no recibir más tratamiento y opta por los cuidados paliativos, no olvide que cuenta con apoyo. Puede conseguir ayuda y asistencia cuando lo necesite. Para obtener más información sobre el tratamiento complementario, consulte el *Capítulo 10: Tratamiento complementario*.

Obtenga más información sobre este tema en *NCCN Guidelines for Patients: Cuidados paliativos*. Para obtener más información sobre cómo enfrentar las sensaciones y emociones que vienen con la atención oncológica, consulte *NCCN Guidelines for Patients: Malestar emocional durante el tratamiento del cáncer*. Disponible tanto en [NCCN.org/patientguidelines](https://www.nccn.org/patientguidelines) como en la aplicación [NCCN Patient Guides for Cancer](https://www.nccn.org/patientguidelines).



- La participación en un ensayo clínico siempre es una opción cuando el carcinoma peritoneal es la única enfermedad.
- El tratamiento sistémico siempre es una posibilidad cuando el carcinoma peritoneal es la única enfermedad.
- El tratamiento complementario es una opción en cualquier estadio del cáncer.

Preguntas para hacer

- Si reúno los requisitos para realizarme la IC/HIPEC, ¿dónde puedo recibirla? ¿Tengo que viajar lejos?
- ¿Mi seguro cubriría la IC/HIPEC?
- ¿Cuáles son las posibilidades de que reaparezca el cáncer después de someterme a una IC/HIPEC?
- ¿Cómo participo en un ensayo clínico?
- ¿Podré recibir otros tratamientos si la IC/HIPEC no funciona?

Puntos clave

- El carcinoma peritoneal como única enfermedad se produce cuando el cáncer de estómago solo se extiende al peritoneo.
- La quimioterapia intraperitoneal (CI)/ quimioterapia intraperitoneal hipertérmica (HIPEC) se administra junto con la gastrectomía como parte de la cirugía citorrreductora.
- La cirugía citorrreductora completa implica la extirpación de todo el tejido canceroso.
- Si tiene un índice de cáncer peritoneal (ICP) bajo, podría recibir IC/HIPEC como tratamiento.

10

Tratamiento complementario

- 75 Ayuda con los síntomas físicos
- 78 Ayuda con las emociones
- 79 Ayuda con problemas financieros
- 79 Ayuda con la planificación para el final de la vida
- 81 ¿Cuál es el siguiente paso?
- 81 Puntos clave
- 81 Preguntas para hacer

Puede recibir tratamiento complementario en cualquier momento durante su tratamiento para el cáncer de estómago. El objetivo es aliviar los síntomas que siente y promover su bienestar.

El tratamiento complementario ayuda a mejorar su calidad de vida durante el tratamiento del cáncer y después de este. El objetivo es prevenir y controlar los síntomas del cáncer y los efectos secundarios de su tratamiento, como dolor y fatiga relacionada con el cáncer. También aborda los problemas mentales, sociales y espirituales a los que se enfrentan las personas con cáncer. Hay expertos en tratamiento complementario que pueden brindarle estos servicios, por lo que no dude en preguntar a su equipo de atención médica sobre ellos.

El tratamiento complementario está disponible para todas las personas con cáncer y sus familias, no solo para las que se encuentran al final de la vida. También se denomina cuidados paliativos.

El tratamiento complementario también puede ayudar en los siguientes aspectos:

- Toma de decisiones sobre el tratamiento.
- Coordinación de la atención médica.
- Pago de la atención médica.
- Planificación anticipada de la atención y relacionada con el final de la vida.

Ayuda con los síntomas físicos

En el cáncer de estómago, el tratamiento complementario puede aliviar los síntomas y efectos secundarios más graves, e incluso prolongar la vida. Esto es especialmente así

cuando un equipo multidisciplinario participa en la atención oncológica. También es la razón por la que los expertos de NCCN recomiendan el tratamiento complementario.

A continuación, se presentan algunas maneras en las que el tratamiento complementario pueden ayudar a prevenir, reducir o aliviar los síntomas y efectos secundarios:

Sangrado

El sangrado es común en pacientes con cáncer de estómago y puede deberse a la cirugía, el tratamiento o ambos. Detenerlo puede ayudar a las personas con cáncer a sentirse mejor. El sangrado se considera agudo (sangrado repentino que dura poco tiempo) o crónico (sangrado que dura mucho tiempo). Se puede detener de las siguientes maneras:

- **Tratamiento endoscópico:** en este tratamiento, se utiliza un endoscopio para el tratamiento inyectable (inyección de medicamentos en la zona), tratamiento mecánico (movimiento de pequeños clips metálicos para detener el sangrado), ablación de la zona (uso de calor para sellar los vasos con sangrado) o una combinación de estos métodos.
- **Radiología intervencionista:** este es un tratamiento mínimamente invasivo que utiliza estudios de diagnóstico por imágenes para detectar el sangrado y pequeños instrumentos para tratarlo. La radiología intervencionista a veces puede ayudar a detener el sangrado cuando la endoscopia no es útil o causa más sangrado. Un ejemplo es la angiografía. En una angiografía, se inserta un catéter (un tubo delgado de plástico) en un vaso sanguíneo a través de una pequeña incisión en la piel y se guía hasta la zona mediante rayos X. Luego, se inyecta un medio de contraste a través del tubo para ayudar a mostrar una imagen más clara del sangrado en la radiografía, lo que se

denomina angiograma. Una vez detectado el sangrado, el radiólogo intervencionista puede realizar técnicas de embolización (bloqueo del flujo sanguíneo) para detenerlo.

- **Gastrectomía paliativa:** se trata de una gastrectomía cuyo objetivo no es curar el cáncer, sino aliviar los síntomas (como sangrado o una obstrucción) y mejorar la calidad de vida de algunos pacientes.
- **Radioterapia de haz externo (RTHE):** es un tratamiento de radiación que se dirige a la zona con sangrado y que ha demostrado ayudar tanto con el sangrado agudo como crónico.

Obstrucción

Cuando hay una obstrucción en el estómago, el tratamiento complementario puede consistir en cirugía, endoscopia, RTHE o quimioterapia. Estos métodos también pueden ayudar a reducir las náuseas y los vómitos, y a que las personas retomen una dieta normal.

Esófago obstruido

Un tumor puede obstruir el esófago, la unión esofagogástrica (UEG) o el cardias del estómago. Un *stent* esofágico es un tubo que ensancha el esófago para que los alimentos puedan pasar al estómago.

Estómago obstruido

Un tumor puede impedir que los alimentos salgan del estómago y lleguen a la primera parte del intestino delgado (duodeno). Esta obstrucción puede causar dolor, vómitos, pérdida de peso y otros problemas. Los tratamientos de la obstrucción estomacal incluyen tratamiento sistémico y radioterapia, así como los siguientes:

- **Stent:** es un tubo de metal o plástico que se expande para mantener el estómago abierto, lo que permite que pasen los alimentos.
- **Sonda de gastrostomía (sonda G):** se inserta una sonda G a través de un corte en el abdomen y se coloca en el estómago. Los alimentos se suministran a través de esta sonda.
- **Bypass de estómago y duodeno (gastroyeyunostomía):** una gastroyeyunostomía es una cirugía para desviar el recorrido de los alimentos del estómago al intestino delgado. La nueva ruta desde el estómago evitará la parte bloqueada del duodeno, es decir, se desviará. Esta cirugía también puede realizarse como medida preventiva si existe un alto riesgo de obstrucción estomacal.

Dolor

El dolor suele ser consecuencia del cáncer de estómago, ya sea por la cirugía o por los efectos secundarios del tratamiento del cáncer.

También es común en personas con cáncer de estómago localmente avanzado y metastásico, así como en quienes tienen un tumor que causa una obstrucción. Puede haber un dolor abdominal intenso cuando el tumor crece hacia los nervios cercanos o presiona otros órganos. Este dolor se trata con medicación continua, como morfina u otros opioides (narcóticos). A veces, se utilizan medicamentos no narcóticos para tratar el dolor.

Algunas personas pueden beneficiarse de la radioterapia paliativa (RTHE), con o sin tratamiento sistémico, para ayudar a aliviar el dolor. Durante este tratamiento, se enfoca un haz de radiación sobre el tumor, no para curarlo, sino para intentar reducirlo y disminuir el dolor.

El dolor también puede aliviarse con ciertos tratamientos de quimioterapia o incluso con la extracción de un *stent* gástrico, si se utilizó uno. Informe a su equipo de atención médica si sufre dolores o molestias. Es posible que se reúna con un especialista en cuidados paliativos o con un especialista en dolor para controlarlo.

Los programas de medicina integrativa en hospitales y centros oncológicos pueden personalizarse para ayudar con sus problemas de dolor específicos. Estos utilizan tratamientos complementarios, como masajes, para aliviar el dolor. Pregunte a su equipo de atención médica al respecto.

Náuseas y vómitos

Las náuseas y los vómitos son efectos secundarios muy comunes del tratamiento del cáncer, pero pueden controlarse con medicamentos contra las náuseas y los vómitos (antieméticos). Asegúrese de colaborar estrechamente con su equipo de atención médica si tiene vómitos o siente náuseas con regularidad.

Falta de apetito

Algunos efectos secundarios del cáncer o su tratamiento (como la cirugía) pueden producir falta de apetito o malestar estomacal (náuseas). Es posible que tenga la boca dolorida. Comer de forma saludable es importante durante el tratamiento. Es decir, debe llevar una dieta equilibrada, consumir la cantidad adecuada de alimentos y beber suficientes líquidos, o bien modificar los tipos de alimentos que consume. Un nutricionista matriculado que sea experto en nutrición y alimentos puede ayudar con estrategias

para lograrlo. Hable con su equipo de atención médica si tiene problemas para comer o mantener el peso.

Diarrea

La diarrea son evacuaciones intestinales frecuentes y acuosas. Puede ser un síntoma de cáncer de estómago y un efecto secundario del tratamiento. Su equipo de atención médica le dirá cómo tratar la diarrea. Es importante beber abundante líquido para prevenir la deshidratación (cuando el cuerpo carece de suficiente agua para funcionar con normalidad) que puede ocurrir debido a la diarrea.

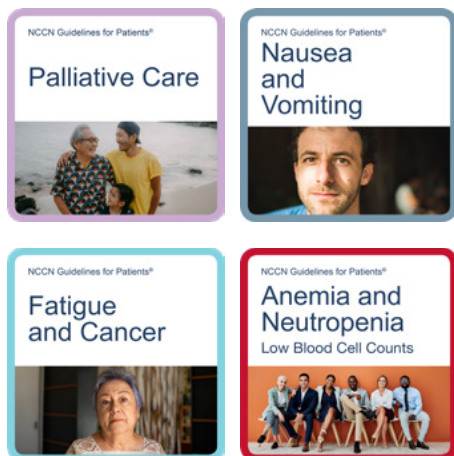
Fatiga

La fatiga es una sensación de cansancio extremo. Es común en el cáncer de estómago. Puede ser provocada por el cáncer o por un efecto secundario del tratamiento. Hágale saber a su equipo de atención médica cómo se siente y si la fatiga le impide hacer las cosas que disfruta. Puede ser de ayuda llevar una dieta equilibrada, hacer ejercicio, hacer yoga, tener sesiones de acupuntura, recibir masajes y tomar algunos medicamentos. Es posible que se solicite una derivación a un nutricionista o dietista para ayudar con la fatiga que siente.

Neuropatía

La neuropatía es un daño en los nervios que causa dolor, entumecimiento, hormigueo, hinchazón o debilidad muscular en diferentes partes del cuerpo. La neuropatía periférica (neuropatía en las manos y los pies) puede ser causada por el cáncer o su tratamiento. Puede disminuir o desaparecer tras finalizar el tratamiento, pero a veces la afección puede durar semanas o años. Su equipo de atención médica puede brindar ayuda para controlar la neuropatía con medicamentos y realizar una derivación a fin de que reciba terapia ocupacional o fisioterapia, si es necesario.

Puede encontrar más información sobre los aspectos físicos del tratamiento complementario en [NCCN.org/patientguidelines](https://www.nccn.org/patientguidelines) y en la aplicación [NCCN Patient Guides for Cancer](#).



Desde la perspectiva del paciente, contar con la combinación de un equipo de profesionales médicos y las experiencias de otros pacientes brinda una sensación de confianza y control invaluable a la hora de tomar decisiones sobre las opciones de tratamiento”.

Ayuda con las emociones

La depresión, la ansiedad, el miedo y la angustia son sentimientos muy habituales en las personas con cáncer. Estos sentimientos pueden dificultar la lucha contra el cáncer y su tratamiento. Pueden ser un obstáculo, incluso cuando quiere seguir adelante.

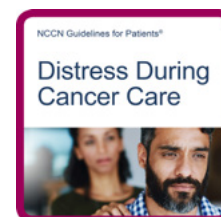
Obtener ayuda cuando siente preocupación o desesperanza es una parte importante del tratamiento del cáncer. Si tiene un cuidador, esto también podría aplicarse a esta persona. Si ambos sienten ansiedad o agobio, pida ayuda a su equipo de atención médica.

Parte de pedir ayuda también podría significar hablar con otras personas como usted que estén experimentando el mismo tipo de cáncer. Con frecuencia, el mejor consejo proviene de las personas que han pasado por la misma situación. Hay muchos grupos de apoyo en línea y presenciales disponibles donde puede compartir sus sentimientos, preocupaciones o cualquier cosa que tenga en mente. La mayoría de los centros oncológicos tienen grupos de apoyo entre pacientes. No dude en pedirle a su equipo de

atención médica (como un trabajador social o un experto en salud conductual) que le recomiende grupos de apoyo o busque en línea grupos que se reúnan cerca de usted u otros que se reúnan virtualmente.

Por otro lado, si busca ayuda y orientación espiritual, pregunte también a su equipo de atención médica sobre los recursos disponibles.

Para obtener más información sobre cómo enfrentar las sensaciones y emociones que vienen con la atención oncológica, consulte *NCCN Guidelines for Patients: Malestar emocional durante el tratamiento del cáncer* disponible en [NCCN.org/patientguidelines](https://www.nccn.org/patientguidelines) y en la aplicación [NCCN Patient Guides for Cancer](#).



Ayuda con problemas financieros

Someterse a un tratamiento contra el cáncer ya es bastante estresante para tener que preocuparse por pagarlo. Incluso si tiene seguro médico, no siempre lo cubre todo. Además, puede que tenga que ausentarse del trabajo para recibir el tratamiento sin una licencia remunerada. Quizás tenga dificultades para pagar la comida, la vivienda, el transporte, las facturas médicas u otros gastos debido a los costos de atención oncológica. Si le preocupa el aspecto financiero de su atención, no dude en hablarlo con su equipo de atención médica. Su equipo puede realizar una derivación a trabajadores sociales o a programas en su centro de atención médica u otros lugares que podrían ayudar a cubrir algunos de estos gastos. Asegúrese también de consultar algunos de los recursos en el siguiente capítulo.

Ayuda con la planificación para el final de la vida

Cuando el cáncer se diagnostica en una fase tardía o sigue avanzando a pesar de todos los esfuerzos de tratamiento, puede ser el momento de plantearse qué le espera en el futuro. Esta exploración de lo que es importante para usted se denomina **planificación anticipada de la atención**.

La planificación anticipada de la atención es para todos, no solo para las personas que están muy enfermas. Incluso cuando el cáncer es curable, se debe empezar a hablar del futuro al iniciar el tratamiento. Quizás escuche el término “objetivos de la atención”. Esto significa llegar a un acuerdo con su equipo de atención médica sobre sus deseos y expectativas respecto a su tratamiento. Es importante, especialmente si el cáncer progresa.

La planificación anticipada de la atención significa decidir qué cuidados desearía recibir en caso de no poder tomar decisiones médicas por su cuenta. Ayuda a garantizar que sus deseos se entiendan y se respeten. El objetivo es que usted reciba los mejores cuidados posibles al final de su vida. Los pacientes con cáncer incurable pueden establecer con tiempo una planificación anticipada de la atención para sentirse menos estresados y más capaces de afrontar su enfermedad.

El proceso de planificación anticipada de la atención médica comienza con una conversación franca y honesta con su equipo de atención médica sobre su pronóstico (lo que puede experimentar en los próximos meses) y los medicamentos o tratamientos que pueden ofrecerle la mejor calidad de vida. La calidad de vida se refiere al disfrute general de la vida de una persona, incluida su sensación de bienestar y su capacidad para participar en sus actividades habituales.

Esta conversación debe incluir a su cónyuge o pareja y sus demás seres queridos que probablemente le acompañen hasta el final de su vida.

Voluntad anticipada

Puede decidir si hay un punto en el que desee interrumpir el tratamiento del cáncer. También puede decidir qué tratamientos desea para aliviar los síntomas.

Una vez que haya tomado estas decisiones, deberá completar un documento legal en el que se explique lo que desea que se haga en caso de que no pueda comunicárselo por su cuenta a su equipo de atención médica. Este documento se denomina voluntad anticipada. Los médicos están obligados a seguir las instrucciones de un documento de **voluntad anticipada** cuando usted no esté en condiciones óptimas para tomar decisiones sobre su atención.

Informe a su equipo de atención médica y a su familia sobre su voluntad anticipada y su contenido. Entregue una copia de este documento a todos sus profesionales médicos. Asegúrese de entregar una copia a cualquier persona a la que haya autorizado a tomar decisiones en su nombre (apoderado para asuntos médicos). Si su familia o sus seres queridos no están de acuerdo con su planificación, hable con su equipo de atención médica. A veces, ellos u otros especialistas pueden ayudarlos a usted y a su familia a superar estas difíciles conversaciones.

Puede modificar su plan anticipado de atención en cualquier momento. Las conversaciones frecuentes con su equipo de atención médica pueden ser de gran ayuda.

Consideraciones para el final de la vida

Los cuidados al final de la vida proporcionan apoyo médico, psicológico y espiritual a las personas que están cerca del final de la vida, así como a sus seres queridos. El objetivo es el bienestar, no la curación. También pueden denominarse cuidados paliativos o cuidados terminales.

Tenga en cuenta que los cuidados paliativos son un tipo especial de atención al final de la vida. Los cuidados terminales se refieren específicamente a una prestación del seguro para personas con una expectativa de vida de 6 meses o menos. Los cuidados terminales ayudan a las personas que se encuentran al final de la vida aportando proveedores de cuidados y recursos adicionales, como la atención domiciliaria.

El objetivo de los cuidados al final de la vida es dar a las personas la mejor vida posible en el tiempo que les queda. Los cuidados pueden prestarse en el hogar, en un centro de cuidados paliativos o incluso en el hospital. Uno de los principales objetivos es que no sienta dolor y asegurarse de que pueda dejar este mundo cómodamente y con dignidad. Los médicos, enfermeras, trabajadores sociales y capellanes especializados en cuidados paliativos son expertos en ayudar a los pacientes a superar los desafíos espirituales y emocionales que supone afrontar el final de la vida.

Proporcionar apoyo a los familiares es una parte fundamental de los cuidados paliativos. La mayoría de los programas ofrecen asesoramiento y grupos de apoyo a los familiares, incluso después de la muerte de la persona. Esto se conoce como duelo.

El tratamiento complementario está disponible en cualquier etapa del tratamiento del cáncer. Puede incluir ayuda con los problemas físicos, emocionales y financieros, así como con la planificación al final de la vida. Su equipo de atención médica está ahí para ayudar en todo momento.



Puede ser muy reconfortante saber que sus seres queridos contarán con ese tipo de apoyo cuando usted ya no esté.

¿Cuál es el siguiente paso?

Comprender que cuenta con tratamiento complementario durante el tratamiento del cáncer y solicitarlo podría marcar una gran diferencia. Sin embargo, después de finalizar el tratamiento, podría haber otros problemas de salud que deba considerar. Lea el siguiente capítulo para obtener más información sobre qué esperar después del tratamiento.

Puntos clave

- El tratamiento complementario también se conoce como cuidados paliativos.
- El tratamiento complementario puede ayudar con síntomas físicos como sangrado, obstrucciones, dolor, así como náuseas y vómitos.
- El apoyo emocional también forma parte del tratamiento complementario. Solo necesita preguntarle a su equipo de atención médica al respecto.
- El cáncer y sus tratamientos pueden ser costosos. El tratamiento complementario también es útil para encontrar programas que podrían cubrir algunos de estos costos.
- Parte del tratamiento complementario puede incluir planes y conversaciones sobre los cuidados al final de la vida.
- Los cuidados de hospicio ayudan al final de la vida mediante apoyo y recursos adicionales.
- El objetivo de los cuidados al final de la vida es dar a las personas la mejor calidad de vida posible en el tiempo que les queda.



¡Nos interesan sus comentarios!

Nuestro objetivo es brindar información útil y fácil de entender sobre el cáncer. Realice nuestra encuesta para decirnos qué hicimos bien y qué podríamos mejorar.
[NCCN.org/patients/feedback](https://www.nccn.org/patients/feedback)

Preguntas para hacer

- ¿Puede explicarme todas las opciones de tratamiento complementario (tanto físicos como emocionales)?
- ¿Hay algún miembro del equipo de atención médica con quien deba contactarme primero sobre el tratamiento complementario?
- Si necesito transporte para ir y volver de mis citas, ¿podría sugerirme algún programa que pueda ayudarme?
- ¿Qué recursos de tratamiento complementario me puede recomendar en mi centro de atención médica?
- ¿Qué recursos en línea me puede recomendar?

11

Después del tratamiento

- 83 Monitoreo
- 83 Pruebas de detección del cáncer
- 83 Efectos secundarios a largo plazo y tardíos
- 85 Supervivencia
- 86 Puntos clave
- 86 Preguntas para hacer

Después de su tratamiento, se le harán revisiones para detectar cualquier problema de salud nuevo o en curso. Este es el momento indicado para hablar abiertamente sobre cualquier síntoma que tenga.

El tratamiento del cáncer de estómago puede causar efectos secundarios a largo plazo (aquellos que ocurren durante el tratamiento o poco tiempo después, y duran meses o años) y efectos tardíos (efectos secundarios que ocurren meses o años después del diagnóstico de la enfermedad o de la finalización del tratamiento). Aun así, es alentador saber que estos efectos secundarios se pueden controlar con diversos medicamentos y estrategias.

Una vez finalizada su atención, deberá asistir a visitas regulares con su médico para controlar su salud. No dude en informar a su profesional médico sobre cualquier problema nuevo o en curso en cada visita.

Monitoreo

Además del monitoreo para detectar la posible reaparición del cáncer (recidiva), busque atención médica de rutina con un profesional de atención primaria de confianza. Esto incluye visitas regulares de atención preventiva. Se recomiendan pruebas de rutina específicas para el cáncer de estómago, como estudios de diagnóstico por imágenes, endoscopías o pruebas tumorales, hasta 5 años después de finalizar el tratamiento. Es importante que no falte a las visitas de seguimiento con el equipo de atención médica y a las citas para los estudios de diagnóstico por imágenes.

Pruebas de detección del cáncer

Programe sus pruebas de detección del cáncer y vacunas según las recomendaciones de su profesional médico, su edad, riesgo y otros factores. Acuda a su profesional médico con regularidad para hacerse las revisiones y las pruebas de detección del cáncer, que pueden incluir pruebas para detectar cáncer de piel, de mama, de próstata, colorrectal y de otros tipos.

Efectos secundarios a largo plazo y tardíos

Los sobrevivientes de cáncer de estómago deben someterse a pruebas para detectar efectos secundarios a largo plazo y tardíos. La buena noticia es que existe ayuda para los efectos secundarios, pero debe informar a su equipo de atención médica en caso de presentarlos.

Síndrome del asa ciega

El síndrome del asa ciega ocurre cuando los alimentos no se mueven normalmente a través de una sección de los intestinos, con frecuencia como resultado de una gastrectomía. Esto puede crear un “asa ciega” donde los alimentos se atascan y causar la acumulación de bacterias, lo que produce diarrea, náuseas y pérdida de peso. Generalmente, se trata con antibióticos. No obstante, una dieta con alto contenido de proteínas y baja en hidratos de carbono podría ayudar. Hable con su equipo de atención médica si presenta estos síntomas.

Salud ósea

Se le realizarán pruebas regulares para detectar si tiene una baja densidad ósea (osteopenia/osteoporosis). Es posible que reciba medicamentos para controlar la baja densidad ósea. Además, su profesional médico podría considerar evaluar los niveles de vitamina D según sea necesario. Hable con su profesional médico antes de tomar suplementos, vitaminas o medicamentos de venta libre.

Diarrea

La diarrea son evacuaciones intestinales frecuentes y acuosas. Su equipo de atención médica le dirá cómo tratar la diarrea y podría recomendarle medicamentos para detenerla. Es importante beber mucho líquido para prevenir la deshidratación (pérdida excesiva de líquido o agua del cuerpo). Los cambios en su dieta también pueden ayudar.

Síndrome de vaciamiento rápido

El síndrome de vaciamiento rápido se produce cuando los alimentos se desplazan demasiado rápido del estómago al intestino delgado para evacuarse. Es un efecto secundario común de la cirugía de estómago. Esto puede suceder 30 minutos después de comer (síndrome de vaciamiento rápido) o dentro de las 2 o 3 horas (síndrome de vaciamiento tardío).

Los síntomas del síndrome de vaciamiento rápido incluyen taquicardia, palpitaciones, diarrea, náuseas y calambres. El síndrome de vaciamiento tardío suele causar mareos, apetito, sudoración fría y debilidad.

Siga los siguientes consejos para controlar los síntomas del síndrome de vaciamiento rápido:

- Comer con frecuencia a lo largo del día.
- Evitar beber líquidos con las comidas.
- Llevar una dieta con alto contenido de proteínas y fibra, y baja en hidratos de carbono simples y azúcares.

Fatiga

La fatiga es una sensación de cansancio extremo y falta de energía para hacer las actividades que desea. Informe a su equipo de atención médica si la fatiga está afectando su calidad de vida. Cumplir con una dieta equilibrada, hacer ejercicio, hacer yoga, tener sesiones de acupuntura y recibir masajes puede ayudar. Es posible que reciba

una derivación a un nutricionista o dietista para controlar la fatiga.

Sensación de hinchazón después de las comidas

Coma porciones pequeñas y con más frecuencia para no sentir hinchazón después de las comidas. También, evite beber líquidos con las comidas, ya que puede aumentar esta sensación. Beba líquidos entre las comidas.

Indigestión

La indigestión es una sensación de dolor o malestar en la parte superior del abdomen (vientre) después de comer. Puede tener una sensación de hinchazón, distensión, gases, acidez estomacal o náuseas.

Siga estos consejos para prevenir la indigestión:

- Evite los alimentos que aumentan la producción de ácido, tales como los jugos cítricos, la salsa de tomate y las comidas picantes.
- Evite alimentos como la cafeína, la menta y el chocolate, ya que disminuyen el tono del esfínter gastroesofágico (la tensión o presión muscular en la zona).

Niveles bajos de hierro

Los niveles bajos de hierro pueden causar una cantidad baja de glóbulos rojos sanos en el cuerpo, lo cual se denomina anemia. Se le realizarán controles para detectar niveles bajos de hierro, lo que se denomina deficiencia de hierro. Se debe realizar un hemograma completo (HC) y un análisis de los niveles de hierro al menos una vez al año. Es posible que le indiquen suplementos de hierro si es necesario. Sin embargo, puede que deba evitar ciertos suplementos de hierro. Solicite más información a su profesional médico.

Niveles bajos de vitamina B12

La vitamina B12 ayuda al cuerpo a producir glóbulos rojos. Si se sometió a una gastrectomía, es posible que no esté obteniendo suficiente vitamina B12 de los alimentos que consume. Por lo tanto, se le realizará un análisis para detectar niveles bajos de vitamina B12, lo que se denomina deficiencia de vitamina B12. Se debe realizar un HC y un análisis de los niveles de vitamina B12 cada 3 meses durante un máximo de 3 años, luego cada 6 meses durante un máximo de 5 años y una vez al año después de 5 años. Le indicarán suplementos de vitamina B12 si es necesario.

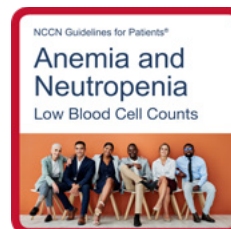
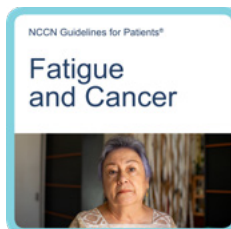
Neuropatía

La neuropatía se produce como resultado de un daño en los nervios. Produce una sensación de cosquilleo, hormigueo, adormecimiento y dolor. La neuropatía causada por la quimioterapia se denomina neuropatía inducida por la quimioterapia. La neuropatía periférica es un daño en los nervios de las manos y los pies. Es posible que le administren medicamentos para tratarla o que obtenga una derivación para recibir terapia ocupacional o fisioterapia.

Pérdida de peso o falta de apetito

Después de una gastrectomía, se controlará su peso para detectar cambios. Comer de forma saludable es importante después del tratamiento. Incluye consumir una dieta equilibrada, ingerir la cantidad adecuada de comida y beber una cantidad suficiente de líquidos. Coma con frecuencia y evite beber líquidos con las comidas. Un nutricionista matriculado, experto en nutrición y alimentación, puede brindarle ayuda si tiene problemas para comer o mantener el peso.

Puede encontrar más información sobre la fatiga y la anemia en [NCCN.org/patientguidelines](https://www.nccn.org/patientguidelines) y en la aplicación [NCCN Patient Guides for Cancer](#).



Supervivencia

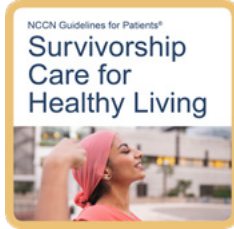
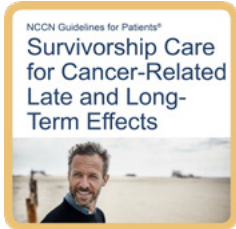
Una persona es sobreviviente del cáncer desde el momento del diagnóstico hasta el final de su vida. Cuando el tratamiento conduce a la remisión (cuando no hay indicios de enfermedad), necesitará seguimiento o cuidados de supervivencia para controlar los efectos secundarios a largo plazo y tardíos.

Busque grupos de apoyo entre pares, ya sea en línea o presenciales, para que pueda lidiar con sus sentimientos y emociones. Consulte en su centro oncológico si hay algún programa de apoyo entre pacientes.

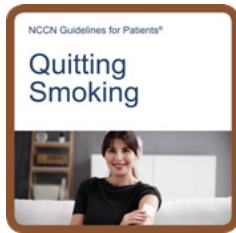
En general:

- Mantenga un peso saludable durante toda su vida.
- Adopte un estilo de vida que incluya actividad física y evite el sedentarismo. Intente hacer al menos 30 minutos de ejercicio (que acelere su ritmo cardíaco) casi todos los días de la semana.
- Lleve una dieta principalmente vegetariana.
- Limite el consumo de alcohol.
- Si fuma o vapea, pida ayuda para dejar de hacerlo.

Puede encontrar más información sobre la supervivencia en [NCCN.org/patientguidelines](https://www.nccn.org/patientguidelines) y en la aplicación [NCCN Patient Guides for Cancer](#).



Para obtener más información sobre cómo dejar de fumar, consulte las *NCCN Guidelines for Patients: Dejar de fumar* en [NCCN.org/patientguidelines](https://www.nccn.org/patientguidelines) y en la aplicación [NCCN Patient Guides for Cancer](#).



Puntos clave

- La cirugía para extirpar total o parcialmente el estómago puede causar problemas de salud.
- Su salud se controlará con regularidad.
- Existen tratamientos para los efectos secundarios a largo plazo.
- Un nutricionista o dietista le dará orientación sobre los alimentos más adecuados según su afección.
- Siga consultando a sus profesionales de atención primaria de forma regular y programe pruebas de detección del cáncer según lo recomiende el profesional.
- Mantenga un peso saludable y un estilo de vida activo.
- Lleve una dieta vegetariana.
- Evite fumar y consumir alcohol.

Preguntas para hacer

- ¿Qué cambios debo hacer en mi dieta después de la cirugía? ¿Cómo puedo prepararme?
- ¿Qué cambios debo hacer en mi dieta ahora?
- ¿Quién puede ayudarme a planificar mis comidas?
- ¿Debo llevar un registro de los alimentos?
- No suelo sentirme lo suficientemente bien como para cocinar o preparar comidas. ¿Qué me recomienda?

12

Otros recursos

- 88 Qué más hay que saber
- 88 Qué más hacer
- 88 Dónde obtener ayuda
- 89 Preguntas para hacer

¿Quiere saber más? Aquí le explicamos cómo obtener ayuda adicional.

Qué más hay que saber

Este libro puede ayudarle a mejorar su atención oncológica. En él, se explican con claridad las recomendaciones de los expertos y se sugieren preguntas que puede hacerle a su equipo de atención médica. Pero no es el único recurso que tiene.

Puede recibir tanta información y ayuda como necesite. A muchas personas les interesa saber más sobre los siguientes temas:

- Tener detalles del cáncer de estómago y su tratamiento.
- Formar parte de un equipo de atención médica.
- Obtener ayuda económica.
- Encontrar un profesional de atención médica que sea experto en su campo.
- Afrontar los efectos secundarios y otros problemas de salud.

Qué más hacer

Su centro de salud puede ayudar con los próximos pasos. Suelen disponer de recursos *in situ* para ayudar a satisfacer sus necesidades y encontrar respuestas a sus preguntas. Los centros de salud también pueden informarle de los recursos existentes en su comunidad.

Además de la ayuda de sus profesionales de atención médica, los recursos enumerados en la siguiente sección proporcionan apoyo a muchas personas como usted. Consulte la lista y visite los sitios web que se indican para obtener más información sobre estas organizaciones.

Dónde obtener ayuda

Bag It

Bagitcancer.org

CancerCare

CancerCare.org

Cancer Survivor Care

Cancersurvivorcare.org

Debbie's Dream Foundation: Curing Stomach Cancer

Debbiesdream.org

GRACE

Cancergrace.org

Hope for Stomach Cancer

Stocan.org

Imerman Angels

Imermanangels.org

My Faulty Gene

Myfaultygene.org

National Coalition for Cancer Survivorship

Canceradvocacy.org

No Stomach for Cancer

Nostomachforcancer.org

TargetCancer Foundation

Targetcancer.org

Triage Cancer

Triagecancer.org

Preguntas para hacer

- ¿Con quién debo hablar sobre vivienda, preparación de comidas y otras necesidades básicas?
- ¿Qué asistencia existe para el transporte, el cuidado de los niños y la atención domiciliaria?
- ¿Cuánto debo pagar por el tratamiento?
- ¿Qué ayuda existe para pagar los medicamentos y otros tratamientos?
- ¿Qué otros servicios están a mi disposición y a la de mis cuidadores?



Palabras que debe conocer

abdomen

La zona del vientre entre el tórax y la pelvis.

ácido desoxirribonucleico (ADN)

Cadena de sustancias químicas en las células que contienen instrucciones codificadas para generar y controlar las células.

adenocarcinoma

Cáncer que comienza en las células que producen mucosidad en el cuerpo.

anatomopatólogo

Médico experto en el análisis de células y tejido para descubrir enfermedades.

aparato digestivo

Grupo de órganos con forma de tubo que descompone los alimentos para que el cuerpo pueda utilizarlos. Parte del sistema digestivo.

asesoramiento genético

Orientación de expertos sobre la posibilidad de que una enfermedad se transmita de padres a hijos.

aspiración con aguja fina (AAF)

Extirpación de una muestra de tejido con una aguja delgada.

biopsia

Procedimiento mediante el cual se toman muestras de fluidos o tejidos para analizarlas y detectar una enfermedad.

cáncer en estadio temprano

Cáncer que se ha extendido poco hacia los tejidos circundantes o que no se ha extendido.

capa muscular de la mucosa

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

capa muscular propia

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

cirujano oncólogo

Cirujano experto en realizar procedimientos quirúrgicos en pacientes con cáncer.

disección de ganglios linfáticos

Tipo de cirugía que extirpa algunas estructuras que combaten enfermedades llamadas ganglios linfáticos.

disección submucosa endoscópica (DSE)

Extirpación de tumores incipientes con un bisturí especial que ha sido introducido por la garganta.

duodeno

Primera parte del intestino delgado.

ecografía

Prueba que usa ondas sonoras para tomar imágenes del interior del cuerpo.

ecografía endoscópica (EE)

Dispositivo que se introduce por la garganta para tomar imágenes mediante ondas de sonido.

efecto secundario

Resultado de un tratamiento que no es deseado o es desagradable.

endoscopia GI superior

Utilización de una delgada herramienta que se introduce por la garganta hacia el esófago y el estómago.

endoscopio

Tubo largo y delgado que se equipa con herramientas y se introduce en la boca.

ensayo clínico

Investigación sobre un estudio o tratamiento para evaluar su seguridad y eficacia.

epitelio

Células que recubren la pared del estómago.

esófago

Órgano en forma de tubo entre la garganta y el estómago.

estadio anatomopatológico

Clasificación de la extensión del cáncer según los análisis microscópicos realizados después del tratamiento.

estadio clínico

Clasificación de la extensión de un tumor de acuerdo con los estudios realizados antes del tratamiento.

estadio del cáncer

Clasificación del crecimiento y la extensión del cáncer.

estudios de diagnóstico por imágenes

Estudio que toma fotografías (imágenes) del interior del cuerpo.

factor de riesgo

Algo que aumenta la posibilidad de contraer una enfermedad.

ganglio linfático

Pequeño grupo de células que combaten enfermedades y que se encuentran en todo el cuerpo.

gastrectomía

Cirugía que extirpa todo el estómago o parte de él.

gastroenterólogo

Médico experto en enfermedades digestivas.

gen

Instrucciones codificadas en las células para crear nuevas células y controlar la forma en que se comportan.

hereditario

Información codificada en las células que se transmite de los padres a los hijos biológicos.

histología

Estructura de las células, los tejidos y los órganos observada a través del microscopio.

inestabilidad microsatelital (MSI)

Errores cometidos en partes pequeñas y repetidas del ADN durante el proceso de copia debido a un sistema de reparación anormal.

inestabilidad microsatelital alta (MSI-H)

Mutaciones en el 30 % o más de los microsatélites.

infección

Una enfermedad causada por gérmenes.

inmunoterapia

Tratamiento con fármacos que ayudan al organismo a encontrar y destruir las células cancerosas.

intestino

Órgano por el que pasan los alimentos después de salir del estómago.

intestino delgado

Órgano digestivo que absorbe nutrientes de los alimentos ingeridos.

intravenoso (IV)

Método para administrar fármacos a través de una aguja o un tubo que se inserta en una vena.

irresecable

Cáncer que no se puede extirpar mediante cirugía.

lámina propia

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

laparoscopia

Utilización de una delgada herramienta que se introduce en un corte realizado en el abdomen.

linfa

Líquido transparente que contiene glóbulos blancos.

marcador tumoral

Una sustancia que se encuentra en un tejido o fluido corporal que podría ser un signo de cáncer.

margen quirúrgico

Tejido de aspecto normal alrededor del borde del tumor que se extirpa durante la cirugía.

médico oncólogo

Un médico experto en el tratamiento del cáncer con medicamentos.

medio de contraste

Sustancia que se coloca en el cuerpo para que las imágenes que se toman en los estudios de diagnóstico por imágenes sean más claras.

metástasis

La diseminación de células cancerosas del primer tumor (primario) a un punto nuevo en el cuerpo.

moco

Líquido pegajoso y espeso que hidrata o lubrica.

mucosa

La primera capa interna de la pared del estómago.

mutación

Cambio anormal.

pelvis

Área del cuerpo entre los huesos de la cadera.

peritoneo

Membrana que recubre la pared abdominal y la mayoría de los órganos del abdomen.

procedimiento mínimamente invasivo

Procedimiento que utiliza pequeñas incisiones o un instrumento que se coloca en la abertura hecha en el cuerpo para reducir el daño al tejido corporal.

pronóstico

Evolución o resultado probables de una enfermedad de acuerdo con las pruebas.

quimiorradiación

Tratamiento que combina quimioterapia con radioterapia.

quimioterapia

Fármacos que eliminan las células de rápida división en todo el cuerpo, tanto las cancerosas como algunas de las normales.

radiólogo

Médico experto en estudios de diagnóstico por imágenes.

radiólogo intervencionista

Médico experto en pruebas de diagnóstico por imágenes y en el uso de instrumentos guiados por imágenes para realizar técnicas mínimamente invasivas de diagnóstico o tratamiento de enfermedades.

radiooncólogo

Médico experto en tratamiento radiológico.

radioterapia

Tratamiento que utiliza rayos de alta energía.

receptor 2 del factor de crecimiento epidérmico humano (HER2)

Proteína que se encuentra en la superficie de una célula y envía señales para que crezca la célula.

recidiva

Reaparición del cáncer después de un período libre de la enfermedad.

resecable

Cáncer que puede extirparse con cirugía.

resección endoscópica (RE)

Tratamiento que extirpa los tumores incipientes con una herramienta que ha sido introducida por la garganta.

resección endoscópica de la mucosa (REM)

Extirpación de tumores incipientes con un asa que ha sido introducida por la garganta.

resonancia magnética (RM)

Estudio que usa ondas sonoras e imanes potentes para tomar fotografías del interior del cuerpo.

serosa

El revestimiento externo de los órganos dentro de la cavidad abdominal, incluido el estómago. También llamada membrana serosa.

sistema digestivo

Grupo de órganos que descompone los alimentos para que el cuerpo pueda utilizarlos.

sistema inmunitario

Defensa natural del cuerpo contra las infecciones y las enfermedades.

sonda de gastrostomía (sonda G)

Tubo que se inserta a través de la pared del abdomen directamente en el estómago y puede usarse para administrar medicamentos y líquidos, incluso alimentos líquidos.

sonda de yeyunostomía (sonda J)

Sonda de alimentación que se introduce mediante un corte en el intestino como parte de una yeyunostomía.

submucosa

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

subserosa

Delgada capa de tejido conectivo dentro de la pared del estómago.

subtipo

Grupo más pequeño dentro de un tipo de cáncer que se basa en determinadas características de las células.

tomografía computarizada (TC)

Prueba que combina diferentes rayos X para tomar imágenes del interior del cuerpo.

tomografía por emisión de positrones (TEP)

Estudio que utiliza material radioactivo para ver la forma y la función de partes del cuerpo.

tracto gastrointestinal (GI)

El grupo de órganos que atraviesan los alimentos después de ingerirlos. También se llama aparato digestivo.

tratamiento complementario

Atención médica que incluye el alivio de los síntomas, pero no el tratamiento del cáncer. También llamado cuidados paliativos o mejor tratamiento complementario.

tratamiento dirigido

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

tratamiento primario

El tratamiento principal que se utiliza para eliminar el cáncer del cuerpo.

tumor

Masa anormal de células.

unión esofagogástrica (UEG)

Área donde se unen el esófago y el estómago.

Colaboradores de NCCN

Esta guía para pacientes se basa en NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines®) para el cáncer gástrico, versión 2.2025. Fue adaptada, revisada y publicada con la colaboración de las siguientes personas:

Dorothy A. Shead, máster en Ciencias
Directora ejecutiva de Operaciones de Información para Pacientes

Christine McLaughlin
Redactora médica

Lisa Diehl
Diseñadora de Diseño de Producción

La NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines®) para el cáncer gástrico, versión 2.2025, fue elaborada por los siguientes miembros del panel de NCCN:

* Dr. Jaffer A. Ajani, presidente
The University of Texas MD Anderson Cancer Center

* Dr. Thomas A. D'Amico, vicepresidente
Duke Cancer Institute

Dr. David J. Bentrem, máster en Ciencias
Robert H. Lurie Comprehensive Cancer Center, Northwestern University

Dr. Carlos U. Corvera
UCSF Helen Diller Family Comprehensive Cancer Center

Dr. Prajnan Das, máster en Ciencias, máster en Salud Pública
The University of Texas MD Anderson Cancer Center

Dr. Peter C. Enzinger
Dana-Farber/Brigham and Women's Cancer Center

Dr. Thomas Enzler, doctor en Medicina
University of Michigan Rogel Cancer Center

Dr. Hans Gerdes
Memorial Sloan Kettering Cancer Center

* Dr. Michael Gibson, doctor en Medicina
Vanderbilt-Ingram Cancer Center

Dr. Patrick Grierson, doctor en Medicina
Siteman Cancer Center, Barnes-Jewish Hospital and Washington University School of Medicine

Dra. Garima Gupta
O'Neal Comprehensive Cancer Center, UAB

Dr. Wayne L. Hofstetter
The University of Texas MD Anderson Cancer Center

Dr. David H. Ilson, doctor en Medicina
Memorial Sloan Kettering Cancer Center

Dra. Shadia Jalal
Indiana University Melvin and Bren Simon Comprehensive Cancer Center

Dra. Sunnie Kim
University of Colorado Cancer Center

Dr. Lawrence R. Kleinberg
Johns Hopkins Kimmel Cancer Center

Dr. Samuel Klempner
Mass General Cancer Center

Dra. Jill Lacy
Yale Cancer Center/ Smilow Cancer Hospital

Dr. Byrne Lee
Stanford Cancer Institute

* Frank Licciardi
Defensor de pacientes

Dr. Shane Lloyd
Huntsman Cancer Institute, University of Utah

Dra. Quan P. Ly
Fred & Pamela Buffett Cancer Center

Dra. Karen Matsukuma, doctora en Medicina
UC Davis Comprehensive Cancer Center

Dr. Michael McNamara
Case Comprehensive Cancer Center/ University Hospitals Seidman Cancer Center and Cleveland Clinic Taussig Cancer Institute

Dr. Ryan P. Merkow, máster en Ciencias
The UChicago Medicine Comprehensive Cancer Center

Dr. Aaron M. Miller, doctor en Medicina
UC San Diego Moores Cancer Center

Dr. Sarbajit Mukherjee, máster en Ciencias
Roswell Park Comprehensive Cancer Center

Dra. Mary F. Mulcahy
Robert H. Lurie Comprehensive Cancer Center, Northwestern University

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

Dr. Jose M. Pimiento
Moffitt Cancer Center

Dra. Deepti M. Reddi
Fred Hutchinson Cancer Center

Dr. Scott Reznik
UT Southwestern Simmons Comprehensive Cancer Center

Dr. Robert E. Roses
Abramson Cancer Center, University of Pennsylvania

Dra. Vivian E. Strong
Memorial Sloan Kettering Cancer Center

Dra. Stacey Su
Fox Chase Cancer Center

* Dra. Nataliya Uboha, doctora en Medicina
University of Wisconsin Carbone Cancer Center

Dr. Zev A. Wainberg
UCLA Jonsson Comprehensive Cancer Center

Dr. Christopher G. Willett
Duke Cancer Institute

Dra. Yanghee Woo
City of Hope National Medical Center

Dr. Harry H. Yoon
Mayo Clinic Comprehensive Cancer Center

NCCN

Nicole R. McMillan, máster en Ciencias
Coordinadora principal de las Guías

Mary Elizabeth Stein, doctora en Medicina
Científica adjunta/redactora médica

* Revisaron esta guía para pacientes. Para divulgaciones, visite [NCCN.org/disclosures](https://www.nccn.org/disclosures).

Centros oncológicos de NCCN

Abramson Cancer Center,
University of Pennsylvania
Filadelfia, Pensilvania

+1 800.789.7366 • [penmedicine.org/cancer](https://www.penmedicine.org/cancer)

Case Comprehensive Cancer Center/
University Hospitals Seidman Cancer Center and
Cleveland Clinic Taussig Cancer Institute

Cleveland, Ohio

UH Seidman Cancer Center

+1 800.641.2422 • [uhhospitals.org/services/cancer-services](https://www.uhhospitals.org/services/cancer-services)

CC Taussig Cancer Institute

+1 866.223.8100 • my.clevelandclinic.org/departments/cancer

Case CCC

+1 216.844.8797 • case.edu/cancer

City of Hope National Medical Center

Duarte, California

+1 800.826.4673 • [cityofhope.org](https://www.cityofhope.org)

Dana-Farber/Brigham and Women's Cancer Center |
Mass General Cancer Center

Boston, Massachusetts

+1 877.442.3324 • [youhaveus.org](https://www.youhaveus.org)

+1 617.726.5130 • [massgeneral.org/cancer-center](https://www.massgeneral.org/cancer-center)

Duke Cancer Institute

Durham, Carolina del Norte

+1 888.275.3853 • [dukecancerinstitute.org](https://www.dukecancerinstitute.org)

Fox Chase Cancer Center

Filadelfia, Pensilvania

+1 888.369.2427 • [foxchase.org](https://www.foxchase.org)

Fred & Pamela Buffett Cancer Center

Omaha, Nebraska

+1 402.559.5600 • [unmc.edu/cancercenter](https://www.unmc.edu/cancercenter)

Fred Hutchinson Cancer Center

Seattle, Washington

+1 206.667.5000 • [fredhutch.org](https://www.fredhutch.org)

Huntsman Cancer Institute, University of Utah

Salt Lake City, Utah

+1 800.824.2073 • [healthcare.utah.edu/huntsmancancerinstitute](https://www.healthcare.utah.edu/huntsmancancerinstitute)

Indiana University Melvin and Bren Simon
Comprehensive Cancer Center

Indianápolis, Indiana

+1 888.600.4822 • www.cancer.iu.edu

Johns Hopkins Kimmel Cancer Center

Baltimore, Maryland

+1 410.955.8964

www.hopkinskimmelcancercenter.org

Mayo Clinic Comprehensive Cancer Center

Phoenix/Scottsdale, Arizona

Jacksonville, Florida

Rochester, Minnesota

+1 480.301.8000 • Arizona

+1 904.953.0853 • Florida

+1 507.538.3270 • Minnesota

[mayoclinic.org/cancercenter](https://www.mayoclinic.org/cancercenter)

Memorial Sloan Kettering Cancer Center

Nueva York, Nueva York

+1 800.525.2225 • [mskcc.org](https://www.mskcc.org)

Moffitt Cancer Center

Tampa, Florida

+1 888.663.3488 • [moffitt.org](https://www.moffitt.org)

O'Neal Comprehensive Cancer Center, UAB

Birmingham, Alabama

+1 800.822.0933 • [uab.edu/onealcancercenter](https://www.uab.edu/onealcancercenter)

Robert H. Lurie Comprehensive Cancer Center,
Northwestern University

Chicago, Illinois

+1 866.587.4322 • [cancer.northwestern.edu](https://www.cancer.northwestern.edu)

Roswell Park Comprehensive Cancer Center

Búfalo, Nueva York

+1 877.275.7724 • [roswellpark.org](https://www.roswellpark.org)

Siteman Cancer Center, Barnes-Jewish Hospital
and Washington University School of Medicine

San Luis, Misuri

+1 800.600.3606 • [siteman.wustl.edu](https://www.siteman.wustl.edu)

St. Jude Children's Research Hospital/
The University of Tennessee Health Science Center

Memphis, Tennessee

+1 866.278.5833 • [stjude.org](https://www.stjude.org)

+1 901.448.5500 • [uthsc.edu](https://www.uthsc.edu)

Stanford Cancer Institute

Stanford, California

+1 877.668.7535 • [cancer.stanford.edu](https://www.cancer.stanford.edu)

The Ohio State University Comprehensive Cancer Center -
James Cancer Hospital and Solove Research Institute

Columbus, Ohio

+1 800.293.5066 • [cancer.osu.edu](https://www.cancer.osu.edu)

The UChicago Medicine Comprehensive Cancer Center

Chicago, Illinois

+1 773.702.1000 • [uchicagomedicine.org/cancer](https://www.uchicagomedicine.org/cancer)

The University of Texas MD Anderson Cancer Center

Houston, Texas

+1 844.269.5922 • [mdanderson.org](https://www.mdanderson.org)

UC Davis Comprehensive Cancer Center
Sacramento, California
+1 916.734.5959 • +1 800.770.9261
health.ucdavis.edu/cancer

UC San Diego Moores Cancer Center
La Jolla, California
+1 858.822.6100 • cancer.ucsd.edu

UCLA Jonsson Comprehensive Cancer Center
Los Angeles, California
+1 310.825.5268 • uclahealth.org/cancer

UCSF Helen Diller Family
Comprehensive Cancer Center
San Francisco, California
+1 800.689.8273 • cancer.ucsf.edu

University of Colorado Cancer Center
Aurora, Colorado
+1 720.848.0300 • coloradocancercenter.org

University of Michigan Rogel Cancer Center
Ann Arbor, Michigan
+1 800.865.1125 • rogelcancercenter.org

University of Wisconsin Carbone Cancer Center
Madison, Wisconsin
+1 608.265.1700 • uwhealth.org/cancer

UT Southwestern Simmons
Comprehensive Cancer Center
Dallas, Texas
+1 214.648.3111 • utsouthwestern.edu/simmons

Vanderbilt-Ingram Cancer Center
Nashville, Tennessee
+1 877.936.8422 • vicc.org

Yale Cancer Center/Smilow Cancer Hospital
New Haven, Connecticut
+1 855.4.SMILOW • yalecancercenter.org



**Comparta su
opinión con
nosotros.**

**Complete nuestra encuesta y
contribuya para que NCCN Guidelines
for Patients sea mejor para todos.**

NCCN.org/patients/comments

Índice

ADN tumoral circulante (ADNtc) 26

biomarcadores 16, 24, 26, 29-30, 35, 58, 64

carcinoma *in situ* 31, 52-53

cuidados paliativos 46, 48, 58, 68, 72-73, 75, 77

epiplones 13, 41

estado funcional 18, 64-65

gastroyeyunostomía 42-43, 76

Helicobacter pylori (*H. pylori*) 7, 16-17, 22

nutrición 17-19, 35, 40, 77, 84-85

pared del estómago 5, 7, 11-13, 22, 29, 31-32, 39-40, 52-53, 56

PD-L1 17, 25, 30, 66

pruebas tumorales 65, 83

síndrome de vaciamiento rápido 84

supervivencia 49, 85-86

yeyunostomía (sonda J) 19, 42

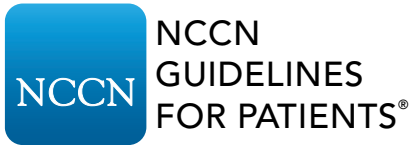


¡Cuéntenos qué opina!

Tómese un momento para completar
una encuesta en línea sobre NCCN
Guidelines for Patients.

[NCCN.org/patients/response](https://www.nccn.org/patients/response)





Cáncer de estómago 2025

Para colaborar con NCCN Guidelines for Patients, visite

[NCCNFoundation.org/Donate](https://www.nccn.org/Donate)

La traducción de esta NCCN Guidelines for Patients ha sido posible gracias al apoyo de Jazz Pharmaceuticals, Inc.

NCCN

National Comprehensive
Cancer Network®

3025 Chemical Road, Suite 100
Plymouth Meeting, PA 19462
+1 215.690.0300

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

PAT-N-1901-1025