National Comprehensive Cancer Network®

2026

NCCN Guidelines for Patients®

Recomendaciones sobre el tratamiento del cáncer de parte de los principales expertos de National Comprehensive Cancer Network® (NCCN®)

Cáncer de estómago



Presentada con el apoyo de

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

Disponible en Internet en
NCCN.org/patientguidelines

NCCN Guidelines for Patients®

La guía esencial para las personas que se enfrentan al cáncer.

Basada en las recomendaciones para la atención de destacados expertos en oncología.

Explica la atención oncológica de alta calidad que se brinda en centros oncológicos de vanguardia.

Revisada y corregida todos los años.

¿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®).

Como la atención oncológica está en constante evolución, NCCN elabora y actualiza con frecuencia recomendaciones basadas en pruebas que utilizan los profesionales de atención médica de todo el mundo. Estas recomendaciones se conocen como NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines®).

En NCCN Guidelines for Patients, se explican de manera sencilla estas recomendaciones de los expertos, para que pueda hablar con su equipo de atención médica sobre la mejor atención para usted.

NCCN Guidelines for Patients se basa en
NCCN Guidelines® para el cáncer gástrico, versión 2.2026, 21 de enero de 2026.

Ver NCCN Guidelines for Patients gratis en Internet: NCCN.org/patientguidelines

Buscar un centro oncológico de NCCN cerca de usted: NCCN.org/cancercenters

Conocer cómo se preparan las NCCN Guidelines for Patients: NCCN.org/patient-guidelines-process

Comuníquese con nosotros

@NCCNorg @NCCNVideo NCCN @NCCNorg

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. y Taiho Oncology, 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.

Para hacer una donación, visite NCCNFoundation.org/Donate

Para obtener más información, visite la página NCCN.org/patientguidelines o envíe un correo electrónico a PatientGuidelines@NCCN.org

Contenido

4 Capítulo 1
Acerca del cáncer de estómago

9 Capítulo 2
Acerca del estómago

14 Capítulo 3
Estudios para detectar el cáncer de estómago

26 Capítulo 4
Estadificación del cáncer de estómago

32 Capítulo 5
Tipos de tratamiento

47 Capítulo 6
Cáncer de estómago en estadio temprano

51 Capítulo 7
Cáncer de estómago localmente avanzado

59 Capítulo 8
Cáncer de estómago recidivante localmente avanzado y metastásico

65 Capítulo 9
Carcinoma peritoneal como única enfermedad

69 Capítulo 10
Tratamiento complementario

74 Capítulo 11
Después del tratamiento

79 Capítulo 12
Otros recursos

83 Palabras que debe conocer

87 Colaboradores de NCCN

88 Centros oncológicos de NCCN

90 Índice

©2026 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.

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?

6 ¿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 ¿Cómo puedo 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 aparato digestivo. Secreta jugos digestivos y ácido para descomponer los alimentos. El estómago también almacena los alimentos y los transporta hacia el intestino delgado, donde se digieren y absorben.

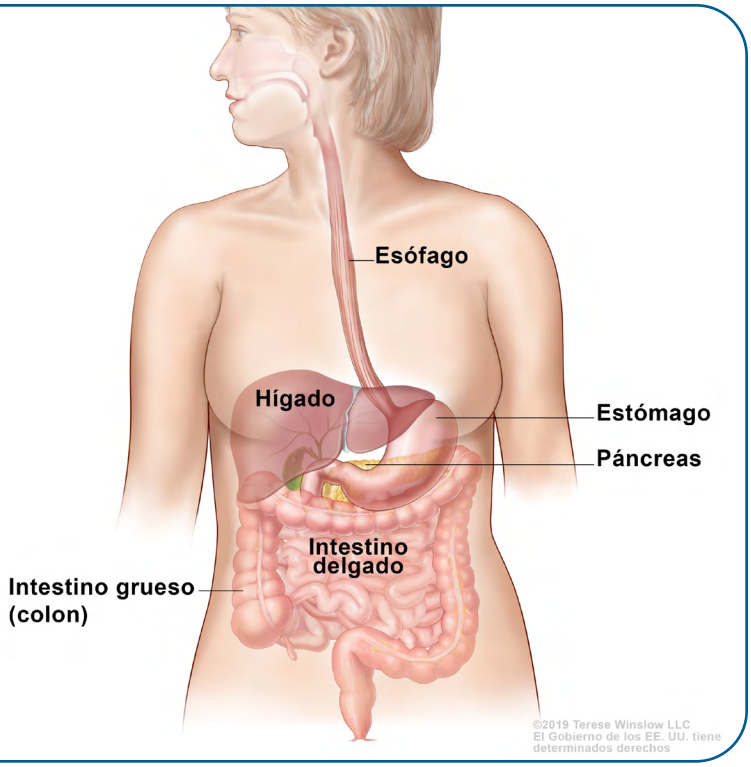
La pared que rodea este dínamo digestivo está formada por muchas capas. Es dentro de estas capas donde comienza el cáncer de estómago. La mayoría de los tumores de estómago comienzan en las células que producen mucosidad. Estos tumores se llaman adenocarcinomas. Más de 9 de cada 10 tumores de estómago son adenocarcinomas y son el tema central de este libro.

El adenocarcinoma del estómago comienza en la capa más interna de la pared del estómago y se extiende hacia afuera (y de arriba abajo) y atraviesa las capas de la pared.

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

El aparato digestivo

Este aparato 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.



¿Qué sucede en el cáncer de estómago?

El cáncer de estómago tiende a desarrollarse lentamente a lo largo de muchos años. Antes de hacerlo, suelen producirse cambios precancerosos en el revestimiento 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.

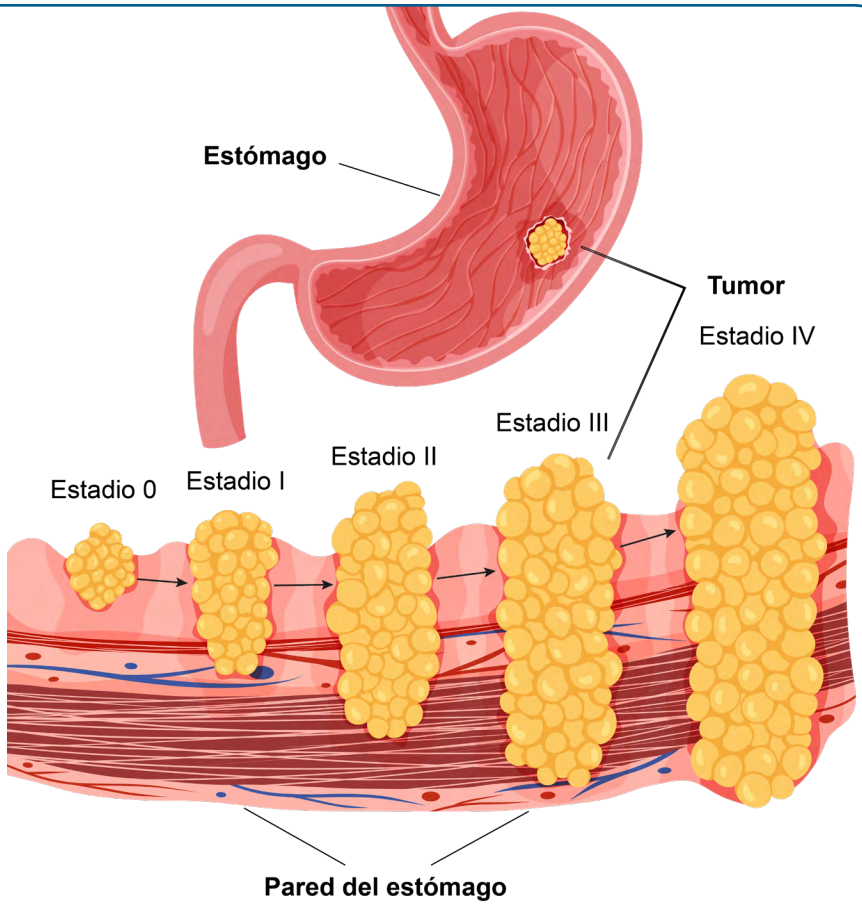
A medida que crece, el cáncer de estómago puede extenderse (hacer metástasis) a los ganglios linfáticos cercanos (pequeñas estructuras del sistema inmunitario con forma de frijol que combaten enfermedades) justo fuera del estómago. También puede extenderse mucho más a los vasos linfáticos, los vasos 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 del sitio original, la cirugía no es una opción en la fase temprana del tratamiento, pero el tratamiento sistémico sí podría serlo.

Estadios del crecimiento del tumor

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



Como se mencionó anteriormente, según el crecimiento del tumor y si se ha extendido a otras partes, el cáncer de estómago se clasifica en cinco estadios:

Estadios 0, 1, 2, 3 y 4 (también conocido como cáncer metastásico). La 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. Las metástasis más frecuentes suelen aparecer en el hígado, el recubrimiento abdominal (peritoneo) y los ganglios linfáticos distantes. También puede haberse extendido a los pulmones o los huesos, o es una recidiva de un cáncer de estómago ya tratado. Para obtener más información, consulte el *Capítulo 8: Cáncer de estómago recidivante localmente avanzado y metastásico*.

¿Cuáles son los factores de riesgo?

El factor de riesgo aumenta las probabilidades de padecer una enfermedad. Los factores de riesgo del cáncer de estómago son las enfermedades, las infecciones, la alimentación, el tabaquismo o tener 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 que lo contraiga porque aumentan la posibilidad de daño en las células del revestimiento del estómago.

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 alimentación con poco consumo de frutas y verduras, pero con alto contenido de sal, carnes ahumadas, carnes rojas o alimentos procesados.
- Tomar alcohol.
- Fumar.
- Tener obesidad.
- Realizar poca actividad física.

Las tasas de cáncer de estómago entre los adultos jóvenes menores de 50 años están aumentando, y se están investigando los factores de riesgo de este cáncer de estómago precoz.

¿Cuáles son los síntomas?

El cáncer de estómago no suele presentar síntomas hasta las etapas tardías. No obstante, cuando causa síntomas, pueden ser los siguientes:

Problemas digestivos

- Sensación de saciedad, hinchazón o dolor abdominal, con o sin eructos excesivos después de comer.
- Náuseas.
- Indigestión.
- Acidez estomacal.
- Regurgitación (retorno de la comida ingerida a la boca).
- Vómitos o heces con sangre (heces oscuras).
- Sensación de saciedad después de comer una pequeña cantidad de comida.

Otros síntomas

- Dificultad para tragar que empeora con el tiempo.
- Disminución de peso inexplicable o involuntaria.
- Sensación de debilidad o fatiga (cansancio).
- Anemia (baja cantidad de glóbulos rojos que puede causar debilidad y cansancio extremo).

¿Cómo puedo recibir la mejor atención?

Luche por usted. Usted tiene un papel importante que desempeñar en su cuidado. Muchas personas se sienten más satisfechas cuando participan activamente en la planificación de su atención oncológica.

Las NCCN Guidelines for Patients le permitirán desempeñar un papel más importante en su atención. Hable sobre las recomendaciones de esta guía con su equipo de atención médica. Pregunte sobre sus opciones y comparta sus objetivos e inquietudes.

¿No sabe qué preguntar? No se olvide de que cuenta con apoyo. Es por eso que incluimos sugerencias de preguntas al final de cada capítulo.

Siga leyendo para encontrar la mejor atención posible.

Cómo puede ayudar esta guía

Tomar decisiones sobre la atención oncológica es estresante. Tiene mucho por aprender y no sabe lo que le depara el futuro.

Utilice esta guía para obtener la información y el apoyo que necesita.

Los pacientes, los médicos y otros profesionales de la salud confían en las NCCN Guidelines for Patients. En esta guía, se utiliza un lenguaje claro y cotidiano para explicar las recomendaciones actuales sobre el tratamiento del cáncer y están elaboradas por expertos respetados en el campo. Las recomendaciones se basan en las investigaciones más recientes y prácticas de los mejores centros oncológicos.

Su salud es única, por lo que su atención oncológica también debería serlo. A medida que lea esta guía, aprenderá sobre qué tratamientos tienen más probabilidades de ofrecer los mejores resultados para su caso. Así, tendrá más preparación para hablar con su equipo de atención médica.

2
Acerca del estómago

10 El estómago

10 Partes del estómago

11 La pared del estómago

12 Ganglios linfáticos cercanos

13 Puntos clave

13 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 el proceso.

El estómago

Se encuentra en la parte superior del vientre (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 mezclar los alimentos ingeridos 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.

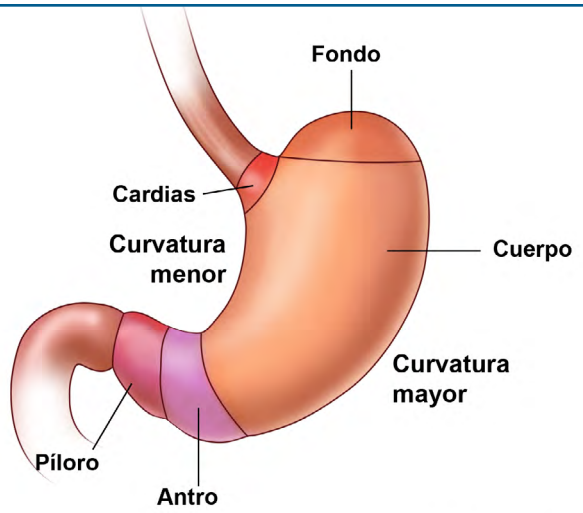
Partes del estómago

El estómago tiene muchas partes. Entre ellas:

- **Cardias:** la abertura donde el esófago se conecta con el estómago. Contiene el esfínter cardial, 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.

Partes del estómago

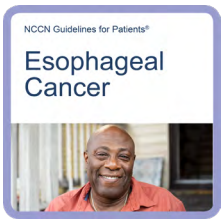
Las partes del estómago incluyen el cardias, el fondo, el cuerpo, el antro y el píloro. El estómago forma parte del aparato digestivo. Muchos ganglios linfáticos se encuentran a lo largo de las curvaturas menor y mayor del estómago.



©2018 Terese Winslow LLC
El Gobierno de los EE. UU. tiene determinados derechos

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 cáncer de esófago. Puede encontrar más información sobre el cáncer de esófago en NCCN.org/patientguidelines y en la aplicación NCCN Patient Guides for Cancer.



La pared del estómago

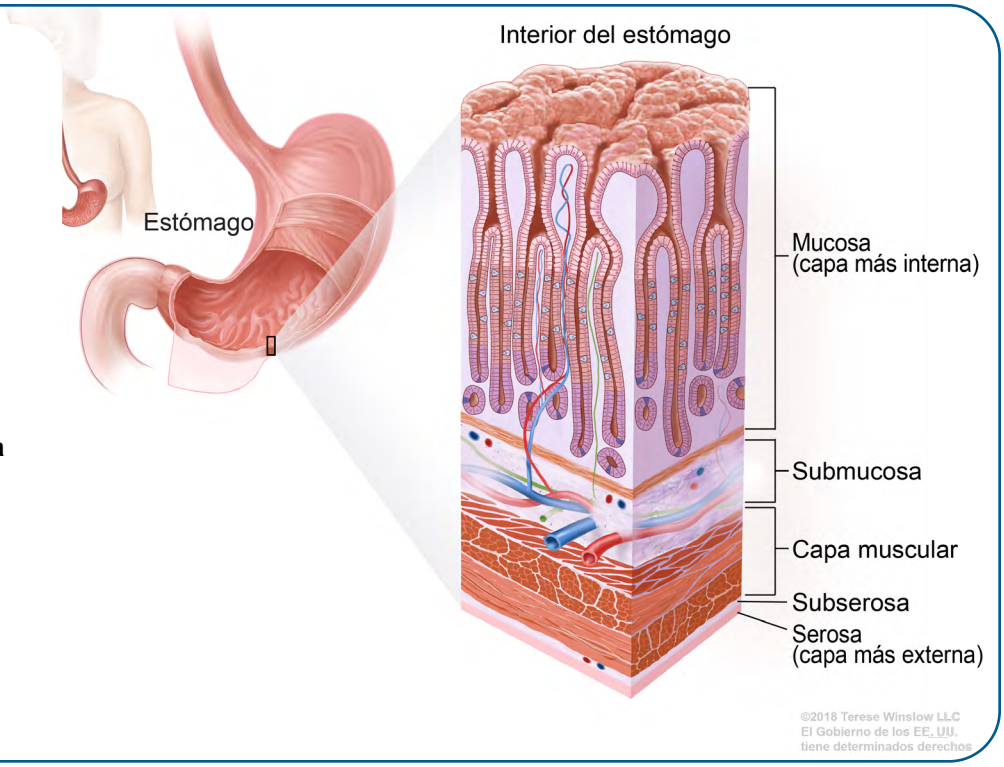
El cáncer de estómago comienza en la capa más interna de la pared del estómago y se extiende más profundamente (la atraviesa) desde allí, por lo que es útil comprender cuáles son sus capas. Las capas interna y externa del estómago son membranas (una capa delgada de tejido que recubre las partes del cuerpo). 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. Esta capa produce un líquido pegajoso y espeso, llamado mucosidad, que protege el 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.



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

Ganglios linfáticos cercanos

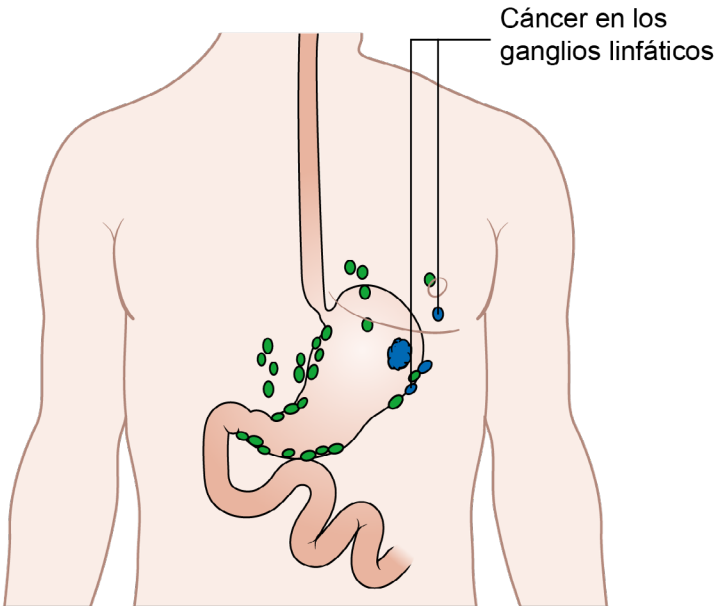
En todo el cuerpo, hay cientos de ganglios linfáticos. Forman parte del sistema inmunitario y filtran bacterias, virus y algunas células cancerosas. Los ganglios linfáticos que se encuentran cerca del estómago se denominan ganglios linfáticos regionales. El cáncer que se encuentra en los ganglios linfáticos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

La linfa, un líquido transparente que contiene glóbulos blancos que combaten las infecciones, circula por todo el sistema linfático. Fluye desde la pared del estómago hacia los vasos linfáticos en la mucosa y la submucosa. Desde allí, circula hacia los ganglios linfáticos que se encuentran fuera del estómago. Hay varios grupos de ganglios linfáticos regionales que drenan la pared del estómago. Entre otros, los pilóricos (zona del píloro del estómago), los perigástricos y paracardiales en la unión esofagogástrica (UEG), así como los ganglios linfáticos que se encuentran

Cáncer en los ganglios linfáticos regionales

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

https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/archive/d/d0/20151217114127%21Diagram_showing_stomach_cancer_cells_in_the_lymph_nodes_CRUK_274.svg
sd0/20151217114127%21Diagram_showing_stomach_cancer_cells_in_the_lymph_nodes_CRUK_274.svg



cerca de órganos y arterias, como el páncreas (pancreáticos), el bazo (esplénicos) y el hígado (hepáticos).

El grupo más grande de ganglios linfáticos estomacales 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 D1). Sin embargo, en el cáncer de estómago, se suele recomendar la extirpación de más de 30 ganglios linfáticos regionales (disección D2). Esto ayuda a mejorar la precisión en la estadificación y la posible supervivencia, especialmente en casos de cáncer avanzado. No obstante, solo debe realizarse en centros con experiencia en esta área. Para obtener más información sobre la disección de los ganglios linfáticos, consulte el *Capítulo 5: Tipos de tratamiento.*

Puntos clave

- El estómago se conecta con el esófago en la parte superior y con el intestino delgado en la 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 (consulte la ilustración de la página 11).
- El cáncer que se encuentra en los ganglios linfáticos regionales se llama metástasis de los ganglios linfáticos.

Dato:

Cuando está vacío, el estómago tiene aproximadamente el tamaño de una lata de refresco y puede contener cerca de 70 g (2,5 onzas), pero después de comer, puede expandirse hasta contener aproximadamente 900 g (32 onzas) de comida.

- 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?
- ¿A qué tipo de cirugía me someteré?
- ¿El cáncer que tengo alcanzó los ganglios linfáticos fuera del estómago?
- Si es así, ¿qué cantidad de ganglios linfáticos es necesario extirpar?
- ¿Tendré efectos secundarios cuando se extirpen los ganglios linfáticos?

¿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 el tratamiento.

3

Estudios para detectar el cáncer de estómago

15 Pruebas médicas generales

16 Estado funcional

17 Evaluación nutricional

17 Análisis de sangre

17 Estudios de diagnóstico por imágenes

19 Procedimientos de endoscopía

20 Estudios de *H. pylori*

20 Biopsia

21 Análisis de riesgo genético

22 Pruebas de biomarcadores

25 Puntos clave

25 Preguntas para hacer

Deberá realizarse pruebas para identificar correctamente el tipo y estadio del cáncer de estómago, así como para determinar si se ha extendido y hasta dónde. Con esta información, usted y su profesional de atención médica hablarán sobre los siguientes pasos del tratamiento. En este capítulo, se presenta una descripción general de los estudios que puede realizarse y qué puede esperar.

Los resultados de las distintas pruebas permiten guiar el tratamiento del cáncer de estómago. No va a necesitar todas las pruebas que se mencionan aquí, pero es posible que tenga que realizarse varios estudios antes de comenzar el tratamiento. Para conocer los posibles estudios, consulte la **Guía 1**.

Pruebas médicas 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 todas las enfermedades o lesiones que ha tenido y cuándo ocurrieron. Si ha tenido una infección por *Helicobacter pylori* o *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.

Guía 1
Pruebas médicas generales

Antecedentes médicos y examen físico. Revisión de antecedentes familiares.
Endoscopía gastrointestinal superior (o EGD) y biopsia.
TC de tórax y abdomen con medio de contraste oral e IV. TC de zona pélvica 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 el cáncer metastásico o localmente avanzado o si es necesario.
Hemograma completo (HC) y perfil bioquímico completo.
Ecografía endoscópica (EE) si se sospecha cáncer en estadio temprano o si se debe determinar si es un cáncer en estadio temprano o localmente avanzado (preferido).
La resección endoscópica (RE) es esencial para la estadificación adecuada de los tumores 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 cáncer avanzado o metastásico.
Prueba de CLDN18.2 si se sospecha cáncer avanzado o metastásico.
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.
Se debe considerar la realización de la prueba de secuenciación de nueva generación (NGS).

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.

Examen físico

Durante un examen físico, el profesional médico puede:

- tomar la temperatura, la presión arterial, el pulso y la frecuencia respiratoria;
- 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 (por ejemplo, cirugía y tratamiento sistémico) que usted y su cuerpo pueden tolerar.



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

Algunos tipos de cáncer y otras enfermedades son hereditarias; en otras palabras, se transmiten genéticamente de 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?

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 sienta saciedad después de comer muy poco. Estos cambios pueden provocar una pérdida excesiva de peso o debilidad y cansancio.

Es importante que reciba una nutrición adecuada y continua antes de comenzar el tratamiento para que pueda mantenerse fuerte y reponerse después de la cirugía. Es posible que necesite recibir alimentos a través de una sonda de alimentación, que es un tubo de plástico blando que se introduce directamente en el estómago mediante un corte en el abdomen (sonda de gastrostomía o sonda G) o en el 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 de sangre. 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 de la sangre. Suele realizarse con el plasma de la sangre. El PMC proporciona información importante sobre el funcionamiento de los riñones y el 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. Si bien esta prueba puede ser útil, no siempre se utiliza. Por lo tanto, pregúntele a su equipo de atención médica si es una opción para usted.

Estudios de diagnóstico por imágenes

En estos estudios, se toman fotografías del interior del cuerpo. Estas imágenes pueden mostrar dónde se originó el cáncer (el tumor primario) y mostrar 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. También se lo puede enviar directamente a usted a través del portal o sistema de acceso para 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.

Medio de contraste

Independientemente del estudio que le realicen, 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 los órganos y estructuras del cuerpo. El medio de contraste no es permanente y se expulsa del cuerpo a través de la orina inmediatamente después de la prueba. 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.

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 zona pélvica se puede utilizar como 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.

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 tomografías. 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 este estudio. 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 camilla que se desliza lentamente hacia dentro de un túnel en el equipo.



TEP/TC con FDG

Hay muchos tipos de marcadores, pero el que se usa con más frecuencia en este estudio se llama fluorodesoxiglucosa F-18 (FDG) que es un marcador radiactivo unido a una molécula de azúcar. Este tipo de 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 las zonas distantes. No puede comer ni beber durante al menos 4 horas antes del estudio.

Ecografía

La ecografía usa ondas sonoras de alta energía para generar imágenes del interior del cuerpo. Es similar a la ecografía realizada en el embarazo. Se pasa una sonda con forma de varita (transductor) por la piel, que está cubierta de 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 endoscopía

Algunos estudios de diagnóstico por imágenes son más invasivos y utilizan un instrumento delgado con forma de tubo. Este instrumento se llama endoscopio y se introduce 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. O bien, se puede introducir 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.

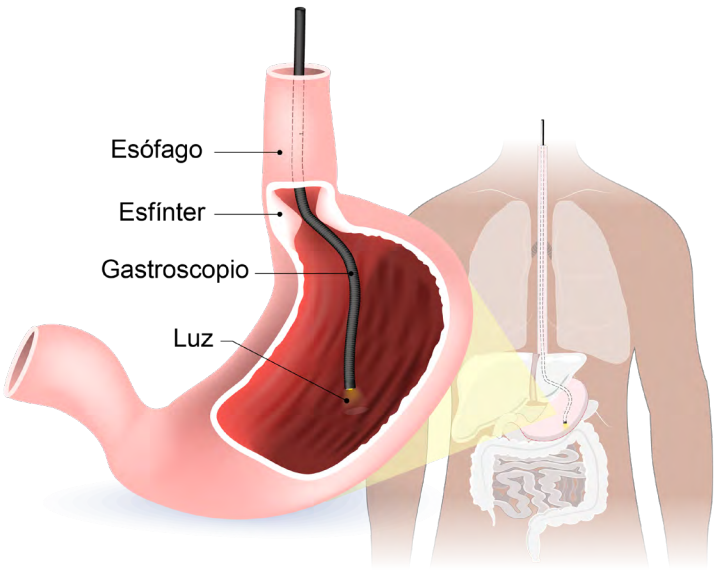
El tipo de instrumento que suele utilizarse para el cáncer de estómago es el endoscopio, y el procedimiento se conoce como endoscopía gastrointestinal (GI) superior. La endoscopía es una herramienta importante para el diagnóstico, la estadificación, el tratamiento y la atención de las personas con cáncer de estómago. Antes de la endoscopía, se le administrarán medicamentos para que pueda relajarse o dormir durante el procedimiento.

Endoscopía GI superior

En una endoscopía GI superior (también conocida como esofagogastroduodenoscopía 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 observar si hay signos de cáncer u otras anomalías, como agrandamiento de vasos sanguíneos o úlceras. Después de la endoscopía, es posible que sienta dolor e inflamación en la garganta.

Endoscopía GI superior

La endoscopía 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.



Ecografía endoscópica

La ecografía endoscópica (EE) es una parte importante del diagnóstico y la estadificación del cáncer. Utiliza un endoscopio con ecografía para ver la profundidad del tumor en la pared del estómago. Además, se pueden detectar signos de cáncer dentro de los ganglios linfáticos y otros órganos cercanos. Se puede realizar una biopsia de los ganglios linfáticos sospechosos durante la EE con una aguja pequeña para tomar muestras de tejido.

Es más probable que le realicen una EE 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 es localmente avanzado.

Laparoscopía

La laparoscopía (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 introducirá el laparoscopio a través de una pequeña incisión en el abdomen (se considera una cirugía mínimamente invasiva).

La laparoscopía 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 laparoscopía se utiliza a fin de determinar si reúne las condiciones para realizarse una cirugía.

Estudios de *H. pylori*

Helicobacter pylori (*H. pylori*) es una bacteria que causa una infección del revestimiento del estómago. Incrementa el riesgo de una persona de sufrir úlceras y cáncer de estómago. Se le realizarán estudios para detectar la infección. Si la tiene, sus familiares también podrían tenerla, ya que suele transmitirse en las familias. Los estudios de *H. pylori* se pueden realizar mediante un análisis de sangre o prueba de aliento, una muestra de heces (materia fecal) o durante una endoscopía.

Biopsia

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

Para el cáncer de estómago, se puede realizar una biopsia durante una endoscopía. 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 (vientre) para detectar células cancerosas.

Biopsia de metástasis

La metástasis es la extensión del cáncer de estómago a otra zona del cuerpo, como el 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 es el estudio de los tejidos, y la citología es el estudio de las células con un microscopio. Su informe anatomopatológico incluirá información sobre la histología del tumor (disposición del tejido) y la citología (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 células tienen una predisposición (tendencia) debido a mutaciones (cambios) en su ADN que las hace más propensas a desarrollar cáncer. Una evaluación de riesgo genético detectará si usted tiene riesgo de cáncer y si las pruebas genéticas, pruebas de detección adicionales o medidas preventivas pueden ser beneficiosas para usted. De acuerdo con la evaluación del riesgo genético, es posible que se someta a una prueba y asesoramiento genético.

Asegúrese de informar a su equipo de atención médica si tiene antecedentes familiares de cáncer que podrían afectar su tratamiento.



Las pruebas genéticas en sangre o saliva pueden detectar 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.

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 contraerla. Una persona con un síndrome genético (hereditario) de predisposición al cáncer puede tener un mayor riesgo de padecer 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 proteínas específicas, alteraciones genéticas (cambios) u otras alteraciones 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 nueva 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 (cambios) y la presencia de sobreexpresión de ciertas proteínas. Estos dos factores podrían indicar el tratamiento necesario.

A continuación, se explican las pruebas y biomarcadores importantes para el tratamiento y control del cáncer de estómago metastásico. Las pruebas de biomarcadores se utilizan cada vez más, así que consulte a su equipo de atención médica si necesita otras pruebas.

Biomarcadores específicos

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. La cantidad elevada de HER2 hace que las células crezcan 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 fam-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 desajustes (MMR).

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

PD-L1

El ligando 1 de muerte programada (PD-L1) es una de las proteínas que ayuda a funcionar al sistema inmunitario del cuerpo. 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) en los estadios avanzados. Si el 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-clzb (Vyloy).

¿Cuál es la diferencia entre las pruebas genéticas y las pruebas de biomarcadores?

Las pruebas genéticas detectan cambios genéticos heredados (mutaciones) para determinar su riesgo de contraer un determinado tipo de cáncer.

Las pruebas de biomarcadores detectan marcadores tumorales, como genes y proteínas, en las células cancerosas para guiar el tratamiento.

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. Es importante porque si un tumor presenta un número alto de mutaciones (o errores), es más visible para el sistema inmunitario. En consecuencia, el tumor podría tener mayor probabilidad de responder a un tratamiento con 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).

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 irresecables (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

NGS

La secuenciación de nueva generación (NGS), también conocida como prueba de mutaciones tumorales, utiliza una muestra de sangre o del tumor para determinar si las células cancerosas tienen mutaciones (o cambios) específicas del ADN. Es una prueba de ADN diferente de las pruebas para mutaciones que puede haber heredado de sus padres biológicos.

Encontrar estos cambios puede guiar la elección de tratamientos con mayor probabilidad de eficacia. Por ejemplo, determinadas mutaciones tumorales, como la fusión de *NTRK*, la fusión de *RET* y la mutación V600E de *BRAF*, pueden tratarse con tratamientos específicos. La NGS también ayuda a determinar si se necesita más de una prueba de biomarcadores.

Este método solo se puede utilizar si queda suficiente tejido tumoral después de haber realizado otras pruebas de biomarcadores. Las pruebas de mutación tumoral suelen realizarse si el cáncer es irresecable (no se puede extirpar con cirugía) o metastásico.

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.

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). Esta prueba 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.

Análisis de marcadores tumorales

Estos análisis evalúan una muestra de sangre o tejido de la biopsia para detectar proteínas o ADN y signos de cáncer. Entre los ejemplos de 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 confiables 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.

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.

Puntos clave

- Las pruebas se utilizan para detectar el cáncer, determinar su extensión (estadificación), planificar el tratamiento y comprobar su eficacia.
- 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 observan el interior del cuerpo mediante imágenes. Las imágenes pueden obtenerse mediante máquinas o instrumentos 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 endoscopía gastrointestinal (GI) superior (o EGD).
- Puede hacerse un análisis genético para detectar mutaciones genéticas heredadas de sus padres biológicos.

Preguntas para hacer

- ¿Qué estudios 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?

¿Cuál es el siguiente paso?

Ahora que comprende las diversas pruebas que ayudan a guiar su tratamiento, lea el siguiente capítulo para aprender sobre la estadificación, que es lo que sucede después de realizarse los estudios. Este capítulo le servirá para comprender cómo se estadifica el cáncer de estómago y cómo afecta su tratamiento.



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

4

Estadificación del cáncer de estómago

27 Cómo se estadifica el cáncer de estómago

27 Estadificación anatómica

28 Grado tumoral

28 Pruebas de biomarcadores

28 Pronóstico según la estadificación

29 Explicación de los estadios del cáncer

31 Términos frecuentes

31 Puntos clave

31 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.

La siguiente información se recaba durante la estadificación:

- **Extensión (el tamaño) del tumor (T):** ¿Se ha extendido a zonas cercanas? ¿A qué profundidad de las paredes del estómago se extiende?
- **Extensión a los ganglios linfáticos cercanos (N):** ¿El cáncer se ha esparcido a los ganglios linfáticos cercanos? En caso afirmativo, ¿a cuántos? ¿Dónde?
- **Extensión (metástasis) hacia zonas alejadas (M):** ¿El cáncer se ha extendido a órganos distantes (como los pulmones, los huesos o el hígado) o a ganglios linfáticos distantes?
- **Grado del cáncer (G):** ¿Cuánto se parecen las células cancerosas a las células normales vistas con 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. Para ver una ilustración de los estadios, consulte el *Capítulo 1*: *Acerca del cáncer de estómago.*

Los estadios van del 0 al 4, que es el más avanzado. Es posible que su equipo de atención médica los escriba con números romanos, como estadios 0, I, II, III y 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 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 los tejidos normales del estómago. Poco diferenciado (grado 3 o G3) significa que las células cancerosas tienen un aspecto muy diferente al de los tejidos normales del estómago. G3 es el grado más alto para el cáncer de estómago (gástrico).

Pruebas de biomarcadores

Los biomarcadores pueden afectar la eficacia de 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. 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*.

Pronóstico según la estadificación

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. El pronóstico es la perspectiva de su cáncer.

Los estadios 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 ella (estadio anatomopatológico). La estadificación después de la cirugía proporciona detalles 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 realiza 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, de otros estudios de diagnóstico por imágenes (como TC o TEP) y de las 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 prequirúrgico 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: 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. En general, los estadios anatomopatológicos son los siguientes:

Estadio 0

El estadio 0 también se llama carcinoma localizado. Se trata de un precáncer con células anormales y 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 llegado 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.

En el **estadio 1B** , el cáncer se ha formado en la mucosa y:

- podría haberse extendido a la submucosa y a 1 o 2 ganglios linfáticos cercanos;
- se ha extendido a la capa muscular (capa muscular propia), pero no a los ganglios linfáticos.

Para obtener más información sobre los estadios 0 y 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** significa que el cáncer:

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

El **estadio 2B** significa que el cáncer:

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

Para obtener más información sobre el tratamiento del cáncer en estadio 2, consulte el *Capítulo 7: Cáncer 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 los órganos distantes. Tiene tres subestadios: 3A, 3B y 3C.

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

- La capa muscular y a entre 7 y 15 ganglios linfáticos cercanos.
- La subserosa y a entre 3 y 6 ganglios linfáticos cercanos.
- La serosa y a 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 extendido a las siguientes partes:

- La submucosa o la capa muscular y a 16 o más ganglios linfáticos cercanos.
- La subserosa o la serosa y a 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 a 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 a 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 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: Cáncer de estómago recidivante localmente avanzado y metastásico.*

Para obtener más información sobre el carcinoma peritoneal como única enfermedad (cuando el cáncer de estómago se extiende al peritoneo), consulte el *Capítulo 9: Carcinoma peritoneal como única enfermedad*.

El estadio de su cáncer sirve para guiar el tratamiento. Asegúrese de preguntarle a su equipo de atención médica sobre su estadio y cualquier otro dato específico sobre cómo se tratará su cáncer de estómago.



Términos frecuentes

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

- **Resecable:** el tumor se puede extirpar por completo con cirugía.
- **Irresecable:** el tumor no se puede extirpar con cirugía. Algunos motivos por los que no se puede extirpar con cirugía son porque 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. El cáncer podría encontrarse en los ganglios linfáticos, órganos y tejidos cercanos.
- **Metastásico:** cáncer de estómago que se ha diseminado a otras partes del cuerpo, incluidos los ganglios linfáticos distantes. Los sitios más frecuentes son el hígado, el peritoneo y los ganglios linfáticos distantes. También puede extenderse a los pulmones o los huesos.
- **Carcinoma peritoneal como única enfermedad:** cáncer de estómago que se ha extendido al peritoneo, que es el tejido que recubre el abdomen y los órganos.

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 resecable o irresecable? ¿Qué significa esto?

¿Cuál es el siguiente paso?

Ahora ya sabe cómo se estadifica el cáncer, algo que 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.

5
Tipos de tratamiento

33 Equipo de atención médica

34 Cirugía

38 Gastrectomía

39 Disección de los ganglios linfáticos

40 Otros procedimientos

41 Tratamiento sistémico

41 Quimioterapia

41 Quimiorradioterapia

42 Tratamiento dirigido

42 Inmunoterapia

42 Radioterapia

43 Ensayos clínicos

45 Tratamiento complementario

46 Puntos clave

46 Preguntas para hacer

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. Este equipo debe reunirse con usted para planificar e implementar su tratamiento.

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 a que sepan más sobre usted.

Según el diagnóstico, su equipo puede incluir los siguientes especialistas, entre otros.

Médicos que tratan el cáncer

- Los **gastroenterólogos** son expertos en enfermedades del tubo digestivo.
- Los **cirujanos oncólogos** realizan operaciones para extirpar el cáncer.
- Los **oncólogos clínicos** tratan el cáncer en adultos con 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 por punción y endoscopía, 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.

Otros profesionales de atención médica

- Los **especialistas en cuidados paliativos** son médicos, enfermeros u otros profesionales de la salud capacitados en medicina paliativa, que tiene por objetivo reducir el dolor y el sufrimiento de enfermedades graves.
- Los **enfermeros especialistas 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 **nutricionistas y dietistas** ofrecen orientación sobre los alimentos que son más adecuados para su enfermedad.
- 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. Los trabajadores sociales clínicos brindan asesoramiento y ayuda si tiene problemas emocionales.

Tratar el 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 paliativo. Consulte la **Guía 2** 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 del 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.

Guía 2
Posibles tratamientos para el cáncer de estómago

Cirugía
Resección endoscópica
Gastrectomía
Disección de los ganglios linfáticos
Tratamiento sistémico
Quimioterapia
Quimiorradioterapia
Tratamiento dirigido
Inmunoterapia
Radioterapia
Ensayos clínicos
Tratamiento complementario

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. Su cirujano elegirá el abordaje en función de la forma más segura y adecuada de eliminar el cáncer.

La cirugía también puede aliviar el dolor o el malestar. Este procedimiento se llama cirugía paliativa.

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 este procedimiento, deberá permanecer en el hospital durante varios días para recuperarse.

Cirugía mínimamente invasiva (laparoscopía y cirugía robótica)

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 laparoscopio, 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 asistida por robot o cirugía robótica y es cada vez más frecuente. Mediante una consola computarizada con una cámara de alta definición en el extremo del endoscopio, el cirujano opera el robot que realiza la cirugía. La cirugía robótica también utiliza pequeñas incisiones que ayudan a que la recuperación sea más rápida.

Ambos tipos de cirugías mínimamente invasivas tienen las ventajas de presentar menos complicaciones y dolor que la cirugía abierta tradicional.

Resección tumoral

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

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 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 al microscopio.

Margen quirúrgico

Se extirpa 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 examina para detectar cáncer. El tratamiento posquirúrgico se basa en si hay cáncer en los márgenes.



Si no se encuentran células cancerosas en el tejido alrededor del borde del tumor, hay un margen claro o negativo. 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 indicando presencia de células tumorales. Esto puede suceder pese a haber hecho todo lo posible.
- **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 intraoperatoria 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 (la que se extiende hasta el peritoneo). Una consulta anatomopatológica intraoperatoria con el cirujano es clave para guiar la cirugía. A veces, el cirujano puede detener el procedimiento si la consulta con el anatomopatólogo determina que los márgenes no pueden ser 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 un procedimiento. 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 del procedimiento.

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.

Resección endoscópica

El cáncer de estómago en estadio temprano no se ha extendido más allá de la primera capa (mucosa) de la pared del estómago. Además, el tumor suele ser muy pequeño (2 centímetros o menos) y no ha llegado a ningún ganglio linfático. Para este tipo de cáncer de estómago, la resección endoscópica de la mucosa (REM) o la resección endoscópica de la submucosa (RES), podrían ser una opción.

La resección endoscópica de la mucosa (REM) es un procedimiento para extirpar tejido precanceroso, 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 resección endoscópica de la submucosa (RES) utiliza un endoscopio para resecar (extirpar) el tumor que se encuentra en la capa más profunda de la pared del estómago. El endoscopio se introduce por la boca. Por el endoscopio, se introduce 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.

Orden de los tratamientos

Tratamiento neoadyuvante

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.

Tratamiento primario

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 fármacos oncológicos administrados.

El **tratamiento de segunda línea** es la siguiente serie de fármacos oncológicos que se administran si el tratamiento de primera línea no funciona.

Tratamiento adyuvante

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).

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 retira el estómago completo, los ganglios linfáticos cercanos y partes del esófago e intestino delgado. El esófago se vuelve a conectar al intestino delgado. Tendrá un aparato 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.

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

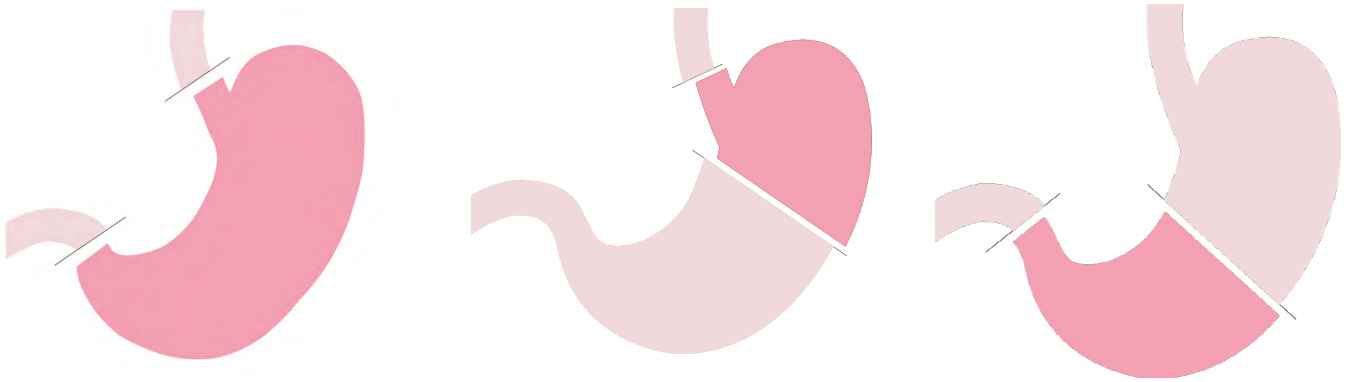
Esofagogastrectomía

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

Gastrectomía

En una gastrectomía total (figura izquierda), se extirpa todo el estómago y los ganglios linfáticos circundantes. El esófago se reconecta a la parte media del intestino delgado (yeyuno). En una gastrectomía proximal parcial (figura central), se extirpa la mitad superior del estómago. En una gastrectomía distal parcial (figura derecha), 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



Total **Proximal** **Distal**

Disección de los ganglios linfáticos

La extracción de los ganglios linfáticos o grupos de ganglios linfáticos se denomina disección de los ganglios linfáticos.

La disección de los 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.

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

- 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), el tronco celíaco y la arteria esplénica (bazo). Esto requiere la intervención de cirujano experimentado. Las disecciones D2 deben realizarse en centros con experiencia en esta técnica.

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
- CDC.gov/tobacco

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 introduce 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.

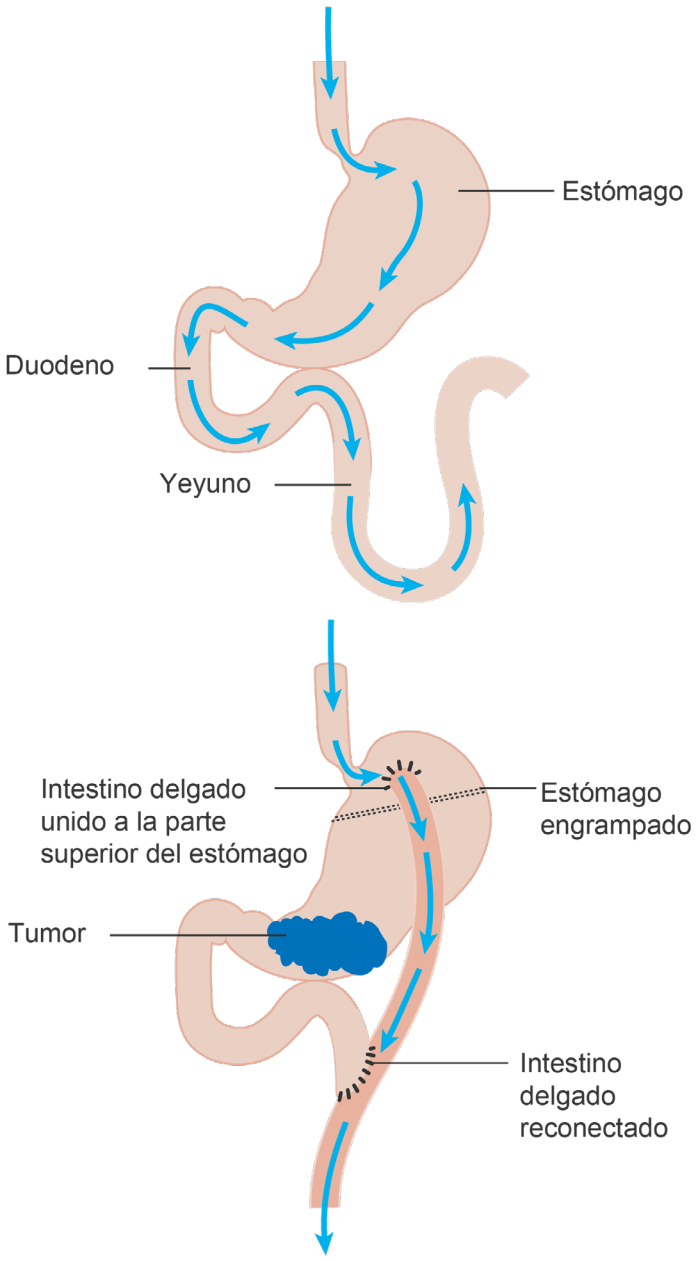
Sonda J

Una sonda de yeyunostomía (sonda J) es un tubo de plástico blando que se introduce 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 puede colocarse durante la gastroyeyunostomía. Aprenderá a cuidar la sonda J y la zona de la piel por donde se introduce en el cuerpo.

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



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 tipos de tratamiento sistémico incluyen quimioterapia, quimiorradioterapia, tratamiento dirigido e inmunoterapia.

- El tratamiento sistémico o la quimiorradioterapia administrados antes de la cirugía se denominan **tratamientos neoadyuvantes o prequirúrgicos**.
- 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 el cáncer avanzado puede denominarse **tratamiento paliativo**.

Por qué se prefieren algunos tratamientos

Todos los tratamientos que se mencionan en esta guía están recomendados y son adecuados. Cuando resulta útil, los expertos de NCCN también asignan un nivel de preferencia a sus recomendaciones de tratamientos sistémicos:

- Los **tratamientos preferidos** son los que cuentan con más pruebas de que pueden funcionar mejor y ser más seguros que otros.
- Los **otros tratamientos recomendados** pueden proporcionar resultados eficaces, pero puede haber menos pruebas, más efectos secundarios o es posible que no funcionen tan bien como los preferidos.
- **En algunos casos, hay tratamientos específicos** que funcionan mejor para individuos con determinadas características del cáncer o circunstancias de salud.

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 comprimidos por vía oral o se colocan directamente en el abdomen.

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 anticuerpo-fármaco

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

Quimiorradioterapia

La quimioterapia puede mejorar la eficacia de la radioterapia (RT), por lo que a veces se utilizan juntas. Este tratamiento combinado se llama

quimiorradioterapia. 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. Estos tratamientos determinan de qué manera las células cancerosas se desarrollan, se dividen y se mueven en el cuerpo. 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)
- Zolbetuximab-clzb (Vyloy)
- Fam-trastuzumab deruxtecan-nxki (Enhertu)

En ciertos casos, podrían realizarse los siguientes tratamientos dirigidos:

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

Inmunoterapia

El sistema inmunitario tiene muchos interruptores de encendido y apagado. Los tumores se aprovechan de los interruptores de apagado, como PD-1 y CTLA4. 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 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, lo que significa que trata 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.

Tipos de RT

La RT suele utilizarse más como tratamiento paliativo 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 RT 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 RT a diario, 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.

Se puede usar una TC de cuatro dimensiones (4D) para planificar la RT. 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 fármaco, un dispositivo o un método de tratamiento es seguro y eficaz, es posible que lo apruebe la FDA de Estados Unidos.

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.

Dónde buscar ensayos clínicos

En los Estados Unidos

Centros oncológicos de NCCN
NCCN.org/cancercenters

The National Cancer Institute (NCI)
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

- En los **ensayos de fase 1,** se estudian la seguridad y los efectos secundarios de un fármaco o método de tratamiento en investigación.
- 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 común recibir el placebo con el tratamiento habitual o el 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.

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



¿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

Este tratamiento es específico para sus necesidades y está disponible en cualquier momento de su tratamiento oncológico. 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, atención domiciliaria, equipamiento médico, ayuda económica o 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 de diferentes maneras. 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 que puede causar 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 secundarios tardíos (también llamados efectos tardíos) son los que ocurren

Tratamiento complementario y cuidados paliativos: ¿son lo mismo?

Es posible que oiga los términos “tratamiento complementario” y “cuidados paliativos” y piense que son lo mismo. Si bien ambos tienen por objetivo mejorar la calidad de vida, tienen significados ligeramente diferentes.

El **tratamiento complementario** es un tipo de atención más amplia disponible en cualquier momento durante el tratamiento del cáncer. Su objetivo es brindarle apoyo a usted y a su familia para que pueda tolerar mejor el tratamiento. Para obtener más información, consulte el *Capítulo 10: Tratamiento complementario*.

Los **cuidados paliativos** (también llamados tratamiento paliativo) pueden formar parte del tratamiento complementario. El objetivo de los cuidados paliativos son aliviar los síntomas más importantes como dolor, sangrado, obstrucciones, náuseas o vómitos en el cáncer avanzado.

meses o años después de que se diagnostica una enfermedad o se 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 tumores 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.

Para obtener más información sobre la supervivencia, consulte el *Capítulo 11*: *Después del tratamiento.*

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 aparato 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, quimiorradioterapia, 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 la eficacia y la seguridad de un tratamiento.
- El tratamiento complementario alivia los síntomas causados por el cáncer y su tratamiento y mejora la calidad de vida.

Preguntas para hacer

- ¿Quién coordinará mi atención?
- ¿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?
- ¿Cumplo los requisitos para participar en un ensayo clínico? ¿Puedo participar en un ensayo clínico en cualquier momento?

¿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: cáncer de estómago en estadio temprano (Capítulo 6), cáncer de estómago localmente avanzado (Capítulo 7), cáncer de estómago recidivante localmente avanzado y metastásico (Capítulo 8) y carcinoma peritoneal como única enfermedad (Capítulo 9).

6
Cáncer de estómago en estadio temprano

48 Tratamiento

49 Atención de seguimiento

50 Puntos clave

50 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 (estadio 0 o estadio temprano 1), 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. Decidirá junto con usted si la resección endoscópica (RE) o la cirugía (gastrectomía) es la mejor opción o si no reúne las condiciones para la cirugía.

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

Resección endoscópica
Cirugía (gastrectomía total o parcial)

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 en esta etapa, el tratamiento consiste en una gastrectomía total (extirpación completa del estómago).

Incluso si reúne las condiciones para la cirugía, es posible que no desee operarse, y eso está bien.

Cirugía o resección endoscópica

Si la cirugía no es una opción para usted, se puede realizar una RE. 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 en las que se le harán 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 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 3C, se considera cáncer localmente avanzado. La información sobre este tipo de cáncer se detalla en el siguiente capítulo.

Atención de seguimiento

Después del tratamiento, recibirá atención de seguimiento. Es importante que no falte a ninguna de las consultas de seguimiento ni 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 RE, su atención de seguimiento podría incluir:

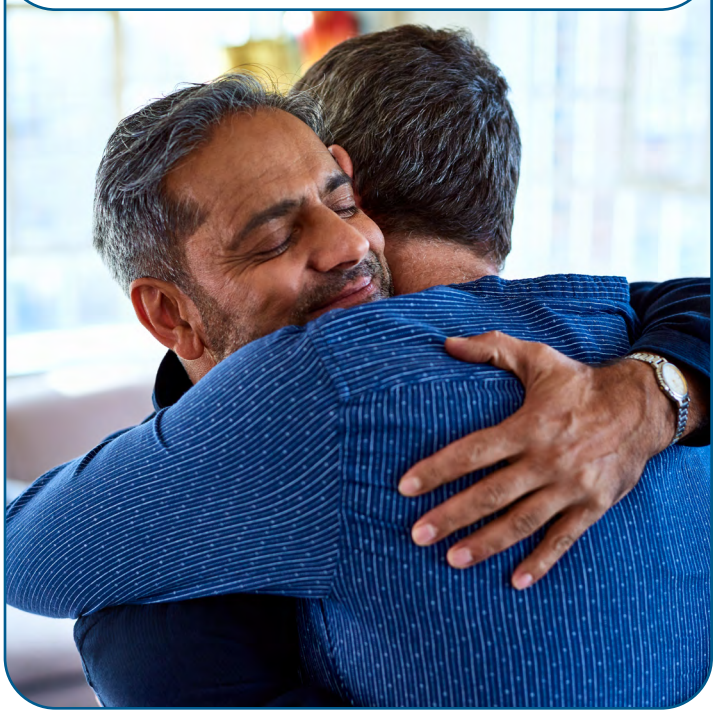
- Antecedentes médicos y examen físico cada 3 a 6 meses durante 1 a 2 años y, luego, cada 6 a 12 meses durante 3 a 5 años.
- Hemograma completo (HC) y perfil bioquímico, según sea necesario.
- Endoscopía GI superior (EGD) cada 6 meses durante 1 año, luego anualmente durante 3 años.
- Estudios de diagnóstico por imágenes (TC de tórax/abdomen/zona pélvica 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 cirugía o RE, 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/zona pélvica 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 RE: endoscopía 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: endoscopía 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.



Puntos clave

- El cáncer de estómago en estadio temprano es más fácil de tratar que aquel 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?

¿Cuál es el siguiente paso?

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

7

Cáncer de estómago localmente avanzado

52 Potencialmente resecable

56 Irresecable

56 Tratamiento paliativo

57 Atención de seguimiento

58 Puntos clave

58 Preguntas para hacer

En el cáncer de estómago localmente avanzado, el tumor se ha extendido hacia la segunda capa de la pared del estómago y puede haberse extendido a los ganglios linfáticos cercanos o no. En este capítulo, se describen los distintos tipos de tratamientos según el estadio del cáncer localmente avanzado.

En el cáncer localmente avanzado, el tumor ha atravesado la capa interna de la pared del estómago (la submucosa). También puede haberse extendido a los ganglios linfáticos u órganos cercanos al estómago. Sin embargo, se llama localmente avanzado porque el cáncer no se ha extendido a partes distantes del cuerpo.

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 (podría ser estadio clínico 1 a 3), su médico podría recomendar una laparoscopía con citología para obtener más información.

Guía 4
Posible tratamiento para el cáncer de estómago localmente avanzado

Cirugía
Tratamiento sistémico periquirúrgico
Tratamiento neoadyuvante o periquirúrgico con inhibidores del punto de control inmunitario, solo para tumores con MSI-H/dMMR
Quimioterapia
Quimiorradioterapia

En este procedimiento mínimamente invasivo, el cirujano introduce un laparoscopio (un tipo de endoscopio con una cámara en el extremo) en el abdomen para detectar cáncer en el 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 (citología) y orientar mejor el tratamiento.

El objetivo de la laparoscopía 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 es probable.

- Cirugía (como único procedimiento). Si solo se somete a cirugía, consulte *"Cirugía sin tratamiento sistémico"*.
- Tratamiento sistémico periquirúrgico (antes y después de la cirugía).
- Tratamiento neoadyuvante (antes de la cirugía o prequirúrgico) o tratamiento periquirúrgico con inhibidores del punto de control inmunitario (ICI) solo si el tumor presenta inestabilidad microsatelital alta y reparación de desajustes deficiente (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 extirpa una muestra del tumor y al menos 16 ganglios linfáticos (disección de los 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 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 quimiorradioterapia con fluoropirimidina y, posteriormente, algunos pacientes recibirán más fluoropirimidina.

Si ya se sometió a una cirugía, no recibió tratamiento sistémico 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 quimiorradioterapia 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 los ganglios linfáticos D2).

R1

El margen R1 positivo 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 quimiorradioterapia 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 quirúrgico, 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 quimiorradioterapia con fluoropirimidina o tratamiento paliativo (consulte "Tratamiento paliativo").

Cáncer metastásico

Si el cirujano observó que el cáncer se ha extendido a partes distantes del cuerpo (metástasis), no se someterá a otra cirugía.

A veces, puede recibir radioterapia, quimioterapia o ambas. O bien, puede recibir tratamiento paliativo. También tiene la opción de no realizarse ningún tratamiento.

Tratamiento sistémico periquirúrgico

Si recibe tratamiento sistémico periquirúrgico, este se administrará antes y después de la cirugía. Para ver opciones de tratamiento sistémico, consulte la **Guía 5**.

Después del tratamiento sistémico, deberá realizarse una TC de tórax/abdomen/zona pélvica 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, irresecable o metastásico (se ha extendido a sitios distantes). Si se considera resecable, se le realizará otra cirugía (que es la opción de preferencia). Al momento de la cirugía, 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 paliativo. El tratamiento paliativo está disponible para controlar los síntomas, mejorar la calidad de vida y prolongarla. El tratamiento sistémico con o sin radioterapia puede ser una opción dentro del tratamiento paliativo.

Si el cáncer se considera irresecable o es metastásico, recibirá tratamiento paliativo.

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

Si las pruebas de biomarcadores muestran que su tumor presenta MSI-H/dMMR, su médico podría recomendar un tratamiento neoadyuvante (prequirúrgico) o periquirúrgico con inhibidores del punto de control inmunitario (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 endoscopía GI superior y biopsia. Estas pruebas mostrarán uno de estos tres resultados:

- **Sin evidencia de cáncer:** no se detectó cáncer de estómago después de su tratamiento. Pasará a la observación (consulte *"Atención de seguimiento"*) o cirugía (consulte *"Cirugía después del tratamiento sistémico"*) que probablemente incluya la colocación de una sonda de alimentación (yeyunostomía). Aunque no haya indicios de cáncer, la cirugía suele ser la mejor forma, y la más eficaz, de asegurarse de que el cáncer no se ha diseminado.
- **Enfermedad local persistente:** la enfermedad local sigue estando presente. El tratamiento preferido es la cirugía que probablemente incluya la colocación de una sonda de alimentación (yeyunostomía) o podría recibir cuidados paliativos.
- **Nuevo cáncer metastásico:** significa que hay signos de extensión del cáncer que no estaban presentes anteriormente, y recibirá cuidados paliativos. Es importante tener en cuenta que, en ocasiones, se determinará si el cáncer es irresecable durante la cirugía.

Cirugía después del tratamiento sistémico

El tratamiento sistémico se administra para controlar el tumor antes de la cirugía. Para ver 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. Su tratamiento después de la cirugía depende de si, durante la intervención, se determina que el cáncer es R0 (no hay células cancerosas alrededor del borde del tumor), R1

Guía 5
Opciones de tratamiento sistémico

Quimioterapia periquirúrgica (antes y después de la cirugía)	Preferido: • FLOT (fluorouracilo, leucovorina, oxaliplatino y docetaxel) - Para tumores con presencia de PD-L1, FLOT más durvalumab - Para tumores con afectación ganglionar detectados clínicamente, FLOT más durvalumab - Para tumores no difusos, FLOT más durvalumab • Fluoropirimidina y oxaliplatino Otras recomendaciones: • Fluorouracilo y cisplatino
Tratamiento neoadyuvante (antes de la cirugía) o periquirúrgico con inhibidores del punto de control inmunitario para tumores con MSI-H/dMMR	En algunos casos, se utiliza lo siguiente: • Dostarlimab-gxly • Nivolumab e ipilimumab seguido de nivolumab • Pembrolizumab • Tremelimumab y durvalumab solo para el tratamiento neoadyuvante
Quimiorradioterapia (después de la cirugía)	• Fluoropirimidina (fluorouracilo o capecitabina) antes y después de la quimiorradioterapia con fluoropirimidina
Quimioterapia (después de la cirugía) para pacientes con disección de los ganglios linfáticos D2	Preferido: • Capecitabina y oxaliplatino • Fluorouracilo y oxaliplatino
Quimiorradioterapia para el cáncer irresecable	Preferido: • Fluoropirimidina • Fluorouracilo y oxaliplatino • Fluorouracilo y cisplatino Otras recomendaciones: • Fluoropirimidina (fluorouracilo o capecitabina) y paclitaxel

(se encuentra cáncer microscópico en el margen quirúrgico) o R2 (el cirujano no pudo extirpar todo el tumor visible o hay metástasis).

R0
Recibirá más tratamiento sistémico y, luego, comenzará la observación durante la atención de seguimiento (consulte *"Atención de seguimiento"*).

R1
Recibirá quimiorradioterapia (con quimioterapia con fluoropirimidina) o se someterá a otra cirugía para extirpar el cáncer remanente. Luego, permanecerá en observación durante la atención de seguimiento (consulte *"Atención de seguimiento"*).

R2
Recibirá quimiorradioterapia (con quimioterapia con fluoropirimidina) o tratamiento paliativo.

Cáncer metastásico

Recibirá tratamiento paliativo 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.

Tratamiento sin cirugía

La cirugía no es para todas las personas. Es posible que 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 el cáncer se ha extendido (ha hecho metástasis), pasó a ser irresecable o afecta el peritoneo, la atención se centrará en el tratamiento paliativo. Estos cuidados ayudan a controlar los síntomas, mejorar la calidad de vida y prolongarla.

Irresecable

No todos los tumores se pueden extirpar con cirugía. Puede deberse al tamaño o ubicación, a la manera en 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.

En lugar de la cirugía, el cáncer irresecable podría tratarse con las siguientes opciones:

- Quimiorradioterapia
- Tratamiento sistémico

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

Después del tratamiento periquirúrgico, se le harán estudios de diagnóstico por imágenes y análisis de sangre. Con esa información, el cáncer se clasificará nuevamente como resecable o irresecable. Si es resecable, se le realizará la cirugía, que es la opción de preferencia. Con menor frecuencia, podría permanecer en observación durante la atención de seguimiento (consulte "Atención de seguimiento").

Si el tumor se considera irresecable o el cáncer se ha extendido (ha hecho metástasis), el tratamiento se centrará en el tratamiento paliativo (consulte más abajo).

Tratamiento paliativo

En el caso del cáncer de estómago, el término "tratamiento paliativo" se refiere a las formas de reducir el dolor y el sufrimiento. Esto significa que tiene diferentes opciones. Estas opciones pueden incluir tratamientos como la quimiorradioterapia, el tratamiento sistémico o simplemente tratamiento paliativo (es decir, cualquiera de los otros tratamientos disponibles para reducir el sangrado, el dolor y las obstrucciones, así como las náuseas y los vómitos). De acuerdo con los expertos de la

NCCN, aliviar los principales síntomas del cáncer de estómago puede prolongar la vida, por lo cual fomentan diversos enfoques.

Atención de seguimiento

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

- 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, endoscopía 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, endoscopía GI superior, según sea necesario. TC de tórax/abdomen/zona pélvica 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 anatomopatológico 2 o 3 y no recibió tratamiento sistémico, o si está en estadio anatomopatológico 1, 2 o 3 y recibió tratamiento sistémico antes o después de la cirugía, la atención de seguimiento podría incluir las siguientes opciones:

- 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.
- Para pacientes que se sometieron a una gastrectomía parcial, endoscopía GI superior, según sea necesario.
- TC de tórax/abdomen/zona pélvica 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.

Mantenga una actitud positiva y acepte el cariño de las personas de su entorno que se preocupan por usted. Crea siempre en que va a estar bien.



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 cáncer metastásico. No se ha diseminado a sitios distantes.
- La cirugía no es para todas las personas. Si no es una opción, la atención se centrará en el tratamiento paliativo. Sus deseos siempre son importantes.
- Los cuidados paliativos se administran para controlar los síntomas, mejorar la calidad de vida y prolongarla.
- No todos los tumores se pueden extirpar con cirugía. Los tumores que no se pueden extirpar con cirugía se denominan irresecables.
- El cáncer irresecable puede tratarse con quimiorradioterapia 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.

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 eficaz para mi cáncer, edad, salud general y otros factores?

¿Cuál es el siguiente paso?

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



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".

8

Cáncer de estómago recidivante localmente avanzado y metastásico

60 Tratamiento paliativo

60 Opciones de tratamiento

64 Puntos clave

64 Preguntas para hacer

En este capítulo, se analizan las opciones de tratamiento para el cáncer recidivante localmente avanzado y metastásico. El cáncer recidivante localmente avanzado es cuando el cáncer de estómago reaparece cerca del tumor original. Cáncer metastásico significa que se ha extendido a partes distantes del cuerpo.

Cuando el cáncer reaparece en la parte del estómago donde se encontraba inicialmente el tumor o cerca de este, se denomina recidivante localmente avanzado. Puede aparecer en los ganglios linfáticos cercanos, los tejidos del abdomen y la zona de la cirugía original si se realizó una.

En ocasiones, también resulta irresecable, lo que significa que no se puede extirpar con cirugía. Es posible que el cáncer recidivante localmente avanzado se extienda a partes distantes del cuerpo. Esto se llama cáncer metastásico, también llamado cáncer en estadio 4. Puede que haya sido previamente irresecable y que también se haya extendido.

Si el cáncer es recidivante o metastásico 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.

Guía 6
Posible tratamiento para el cáncer recidivante localmente avanzado y metastásico

Cirugía
Tratamiento paliativo
Tratamiento sistémico
Quimiorradioterapia

Tratamiento paliativo

En el caso del cáncer de estómago recidivante y metastásico, el término tratamiento paliativo se refiere a las formas de reducir el dolor y el sufrimiento. Esto significa que tiene diferentes opciones. Estas opciones pueden incluir tratamientos como la quimiorradioterapia, el tratamiento sistémico o simplemente tratamiento paliativo (es decir, cualquiera de los otros tratamientos disponibles para reducir el sangrado, el dolor y las obstrucciones, así como las náuseas y los vómitos). De acuerdo con los expertos de la NCCN, aliviar los principales síntomas del cáncer de estómago puede prolongar la vida, por lo cual fomentan diversos enfoques.

Opciones de tratamiento

Si el tumor recidivante localmente avanzado se puede extirpar (es resecable), la cirugía podría ser una opción. No obstante, el tratamiento paliativo también lo es.

Si el tumor recidivante localmente avanzado no se puede extirpar con cirugía (es irresecable), o si hay cáncer metastásico, el objetivo del tratamiento es controlar los síntomas y aumentar la supervivencia. El tratamiento paliativo puede ayudar con esto.

Su estado funcional ayuda a determinar el tipo de tratamiento paliativo. Si cuenta con la capacidad para caminar y cuidarse por su cuenta, podrá realizarse una prueba de biomarcadores (para HER2, CLDN18.2, PD-L1 o MSI) si aún no se la realizó. Para obtener más información sobre el estado funcional, consulte el *Capítulo 3: Estudios para detectar el cáncer de estómago.*

Estas son las opciones de tratamiento paliativo:

- Quimiorradioterapia (quimioterapia y radioterapia administradas en conjunto si no la recibió antes y para tumores irresecables).
- Tratamiento sistémico.
- Cuidados paliativos (otros tratamientos para el bienestar y el alivio del dolor).
- Tratamiento para el carcinoma peritoneal como única enfermedad (cáncer de estómago limitado al peritoneo). Consulte el siguiente capítulo para conocer las opciones de tratamiento.

No obstante, si su estado funcional es bajo, es decir, su nivel de actividad no es muy alto y no puede cuidarse por sus propios medios, el tratamiento paliativo probablemente sea la mejor opción para usted.

Quimiorradioterapia

Si el tumor localmente avanzado es irresecable y aún no ha recibido quimiorradioterapia (quimioterapia y radioterapia administradas en conjunto), esta alternativa 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 el caso de la recidiva de un cáncer irresecable o metastásico, los tratamientos se clasifican en opciones de primera línea y de líneas posteriores, según la eficacia que puedan tener para su tipo de cáncer. Las opciones de primera línea se consideran más eficaces que las de líneas posteriores y, por lo tanto, deben probarse primero. Las opciones se basan en el tratamiento sistémico que ya recibió y en su estado funcional.

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 líneas posteriores.

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

Opciones preferidas	Para tumores con HER2: • Fluoropirimidina (fluorouracilo o capecitabina), oxaliplatino y trastuzumab • Fluoropirimidina (fluorouracilo o capecitabina), oxaliplatino, trastuzumab y pembrolizumab para tumores con presencia de PD-L1 • Fluoropirimidina (fluorouracilo o capecitabina), cisplatino y trastuzumab • Fluoropirimidina (fluorouracilo o capecitabina), cisplatino, trastuzumab y pembrolizumab para tumores con presencia de PD-L1
	Para tumores sin HER2: • Fluoropirimidina (fluorouracilo o capecitabina), oxaliplatino y nivolumab para tumores con presencia de PD-L1 • Fluoropirimidina (fluorouracilo o capecitabina), oxaliplatino y pembrolizumab para tumores con presencia de PD-L1 • Fluoropirimidina (fluorouracilo o capecitabina), oxaliplatino y tislelizumab-jsgr para tumores con presencia de PD-L1 • Fluoropirimidina (fluorouracilo o capecitabina), oxaliplatino y zolbetuximab-clzb para tumores con CLDN18.2 • Fluoropirimidina (fluorouracilo o capecitabina) y oxaliplatino • Fluoropirimidina (fluorouracilo o capecitabina), cisplatino y pembrolizumab para tumores con presencia de PD-L1 • Fluoropirimidina (fluorouracilo o capecitabina), cisplatino y tislelizumab-jsgr para tumores con presencia de PD-L1 • Fluoropirimidina (fluorouracilo o capecitabina) y cisplatino
	Para tumores con MSI-H/dMMR (independientemente del estado de PD-L1): • Pembrolizumab • Dostarlimab-gxly • Nivolumab e ipilimumab • Fluoropirimidina (fluorouracilo o capecitabina), oxaliplatino y nivolumab • Fluoropirimidina (fluorouracilo o capecitabina), oxaliplatino y pembrolizumab
Otras recomendaciones	• 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

Guía 8
Opciones de tratamiento sistémico de líneas posteriores

Opciones preferidas	• Ramucirumab y paclitaxel • Fam-trastuzumab deruxtecan-nxki para tumores con HER2 • Docetaxel • Paclitaxel • Irinotecán • Fluorouracilo e irinotecán • Trifluridina y tipiracilo para el tratamiento de tercera línea o posterior
Otras recomendaciones	• Ramucirumab • Irinotecán y cisplatino • Fluorouracilo, irinotecán y ramucirumab • Irinotecán y ramucirumab • Docetaxel e irinotecán
Útil en algunos casos	• Entrectinib, larotrectinib o repotrectinib para tumores con fusión del gen *NTRK* • Pembrolizumab para tumores con MSI-H o dMMR • Nivolumab e ipilimumab para tumores con MSI-H o dMMR • Pembrolizumab para tumores TMB-H (10 o más mutaciones por megabase) • Dostarlimab-gxly para tumores con MSI-H o dMMR • Dabrafenib y trametinib para tumores con mutación V600E del gen *BRAF* • Selpercatinib para tumores con fusión del gen *RET*
Notas	• Se puede agregar leucovorina a los esquemas de fluorouracilo según disponibilidad.

Cuidados paliativos

El objetivo de los cuidados paliativos es prevenir y aliviar el dolor y las molestias, y brindarle la mejor calidad de vida. Es parte del tratamiento paliativo y puede incluir tratamientos, como el tratamiento sistémico y la quimiorradioterapia, así como tratamientos para el sangrado, las obstrucciones, el dolor, las náuseas y los vómitos.

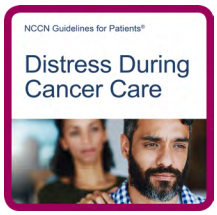
Recibir cuidados paliativos sigue siendo un tratamiento. Es decir, está eligiendo activamente la atención que le permitirá sentirse mejor. Si bien el objetivo es diferente (aliviar el dolor y las molestias), sus deseos y opiniones son tan importantes como lo son con otras opciones de tratamiento.

Si tiene alguna pregunta sobre sus opciones de cuidados paliativos, 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 como en la aplicación NCCN Patient Guides for Cancer.





Puntos clave

- Cuando el cáncer de estómago reaparece en el mismo lugar (o casi en la misma zona), se denomina recidivante localmente avanzado.
- El cáncer de estómago que se ha extendido a partes distantes del cuerpo se conoce como cáncer metastásico.
- El cáncer irresecable es el que no se puede extirpar por completo o de manera segura mediante cirugía.
- La cirugía podría ser una opción para quienes tienen un tumor resecable localmente avanzado.
- Para las personas con cáncer irresecable localmente avanzado, con cáncer metastásico o para quienes no se someterán a una cirugía, el tratamiento se centrará en los cuidados paliativos. Su objetivo es controlar los síntomas, mejorar la calidad de vida y prolongarla.
- Las opciones para tratar el cáncer irresecable y metastásico 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.
- Los cuidados paliativos son una opción para todas las personas con cáncer recidivante localmente avanzado o metastásico.
- Los tratamientos de primera línea se consideran los mejores para comenzar. Las opciones se basan en el tratamiento sistémico que ya recibió y en su estado funcional.

Preguntas para hacer

- ¿Qué debo esperar del tratamiento esta vez? ¿Cuáles son los efectos secundarios?
- ¿Cuánto dolor tendré? ¿Qué se hará para controlarlo?
- ¿Debe acompañarme alguien a los tratamientos?
- ¿Puede ayudarme a conseguir recursos de apoyo emocional?

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.

9 Carcinoma peritoneal como única enfermedad

66 Opciones de tratamiento

68 Puntos clave

68 Preguntas para hacer

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

A veces, el cáncer de estómago se extiende (hace metástasis) al peritoneo y puede diseminarse a partir de allí. El peritoneo es el tejido que recubre el abdomen y la mayoría de los órganos. Cuando el cáncer de estómago se extiende allí, el término médico que se utiliza es carcinoma peritoneal como única enfermedad. Esto significa que el cáncer se ha propagado solo al peritoneo. Puede detectarse mediante laparoscopía 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). Se realiza mediante una gastrectomía como parte de la cirugía citorreductora (que reduce la cantidad de cáncer en el abdomen). Tenga en cuenta que la HIPEC no se considera parte del tratamiento habitual. Solo debe utilizarse si lo recomienda un comité oncológico multidisciplinario. Se trata de un equipo de expertos, integrado por oncólogos clínicos, radiooncólogos, cirujanos, anatomopatólogos y radiólogos, que se reúnen para analizar y recomendar el tratamiento en casos complejos de cáncer.

La cirugía citorreductora completa implica la extirpación de todo el tejido canceroso. La citorreducción incompleta significa que queda algo de tejido canceroso después de la cirugía. Puede encontrar más información en la siguiente sección *“ICP bajo”*.

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 laparoscopía diagnóstica, recibirá tratamiento sistémico durante al menos 3 meses. Consulte las **Guías 7** y **8** en el *Capítulo 8: Cáncer de estómago recidivante localmente avanzado y 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 recibir el tratamiento sistémico durante al menos 3 meses, el cáncer se reestadificará y se incluirán los siguientes estudios:

- TC.
- Laparoscopía diagnóstica con lavados que documentan el índice de cáncer peritoneal (ICP) con o sin biopsia.
- TEP/TC con FDG si es necesario.
- Endoscopía gastrointestinal (GI) superior si es necesario.

Guía 9
Tratamiento posible para el carcinoma peritoneal como única enfermedad

IC/HIPEC
Tratamiento sistémico
Ensayo clínico
Cuidados paliativos

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).

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 citorreductora e IC/HIPEC
- Continuación del tratamiento sistémico

¿Qué es IC/HIPEC?

Es un procedimiento que se realiza inmediatamente después de la cirugía citorreductora. Actúa 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 casos poco frecuentes 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 es incompleta (no se ha podido extirpar parte del tejido canceroso), 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
- Cuidados paliativos

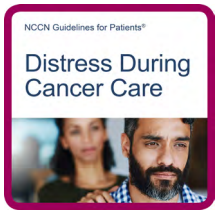
Cuidados paliativos

Los cuidados paliativos son un tipo de atención que le permite sentirse mejor. Pueden incluir cirugía, medicamentos y tratamientos para el sangrado, las obstrucciones, el dolor, las náuseas y los vómitos, entre otros problemas de salud.

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 los cuidados paliativos, 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 como en la aplicación NCCN Patient Guides for Cancer.





Puntos clave

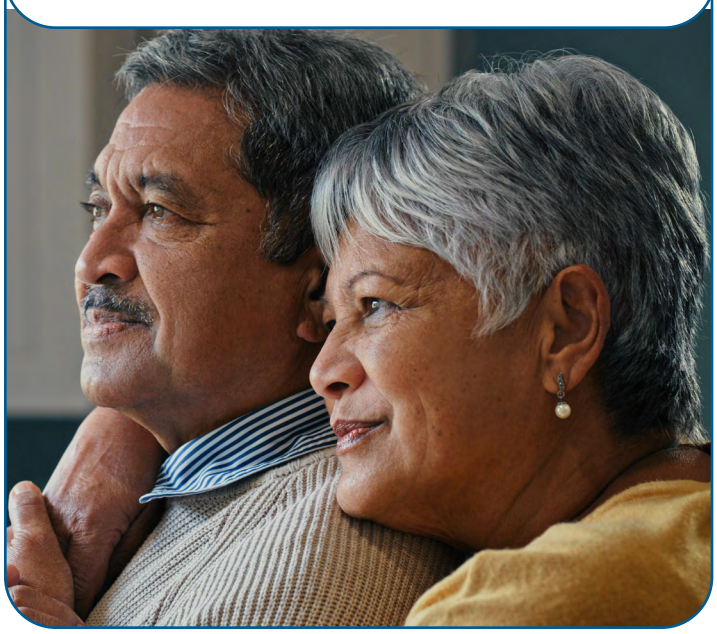
- El carcinoma peritoneal como única enfermedad se produce cuando el cáncer de estómago se extiende al peritoneo.
- La quimioterapia intraperitoneal (IC)/ quimioterapia intraperitoneal hipertérmica (HIPEC) se administra junto con la gastrectomía como parte de la cirugía citorreductora.
- La cirugía citorreductora completa implica la extirpación de todo el tejido canceroso.
- Si tiene un índice de cáncer peritoneal (ICP) bajo, podría recibir IC/HIPEC como tratamiento.
- La participación en un ensayo clínico y la continuación del tratamiento sistémico siempre son opciones para el carcinoma peritoneal como única enfermedad.
- Los cuidados paliativos son una opción para el carcinoma peritoneal como única enfermedad.

Preguntas para hacer

- Si reúno los requisitos para realizarme la IC/HIPEC, ¿dónde puedo recibirla? ¿Tengo que viajar lejos?
- ¿Mi seguro cubre 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?

“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”.

Participar en un ensayo clínico puede ser una opción. Asegúrese de preguntarle al equipo de atención médica sobre esto.



10
Tratamiento complementario

70 Ayuda con los síntomas físicos

73 Ayuda en otras áreas de tratamiento complementario

73 Puntos clave

73 Preguntas para hacer

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

El tratamiento complementario es una parte importante de su atención oncológica. Tiene como objetivo mejorar su calidad de vida durante el tratamiento del cáncer y después de este. Es útil para todas las personas con cáncer y sus familias, no solo para las que se encuentran al final de la vida.

El tratamiento complementario incluye una amplia variedad de servicios. Previene o trata los síntomas del cáncer y los efectos secundarios de su tratamiento, como el dolor y la fatiga relacionada con la enfermedad. También aborda los problemas mentales, sociales, emocionales y espirituales a los que se enfrentan las personas con cáncer.

El tratamiento complementario proporciona ayuda con otras necesidades, por ejemplo:

- 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

Consulte las guías *NCCN Guidelines for Patients* sobre otras áreas relacionadas con el tratamiento complementario al final de este capítulo.

Ayuda con los síntomas físicos

En el cáncer de estómago, parte del tratamiento complementario son los cuidados paliativos, que pueden aliviar los síntomas y los 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 algunos signos y síntomas del cáncer de estómago y efectos secundarios de su tratamiento que los cuidados paliativos pueden ayudar a prevenir, reducir o aliviar.

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.



Sangrado

El sangrado es frecuente en pacientes con cáncer de estómago. Puede deberse a la cirugía, el tratamiento o a 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:** 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 endoscopía no es útil o causa más sangrado. Un ejemplo es la angiografía. En la angiografía, se introduce 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, denominada 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, los cuidados paliativos pueden consistir en cirugía, endoscopía, RTHE o quimioterapia. Estos métodos también pueden reducir las náuseas y los vómitos, y ayudar a que las personas retomen una alimentación normal.

Obstrucción del esófago

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.

Obstrucción del estómago

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):** tubo que se introduce a través de un corte en el abdomen. Los alimentos se suministran a través de esta sonda.
- **Bypass de estómago y duodeno (gastroyeyunostomía):** cirugía para desviar el recorrido de los alimentos del estómago al intestino delgado. El nuevo recorrido desde el estómago evita la parte bloqueada del duodeno, es decir, se desvía. 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 frecuente 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 (vientre) intenso cuando el tumor se extiende 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 incluyen 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 frecuentes 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 alimentación 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

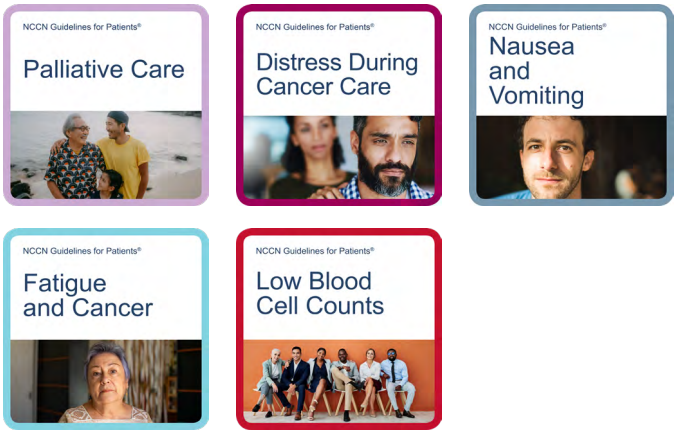
La fatiga es una sensación de cansancio extremo. Es frecuente en el cáncer de estómago y puede ser provocada por el cáncer o por un efecto secundario del tratamiento. Hágale saber a su equipo de atención médica cómo se siente y si la fatiga le impide hacer las cosas que disfruta. Puede ser de ayuda llevar una alimentación 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.

Ayuda en otras áreas de tratamiento complementario

Puede encontrar más información sobre los aspectos físicos, emocionales, financieros y aspectos del final de la vida del tratamiento complementario en las *NCCN Guidelines for Patients* en NCCN.org/patientguidelines y en la aplicación NCCN Patient Guides for Cancer.



Puntos clave

- Los cuidados paliativos forman parte del tratamiento complementario y pueden ayudar con síntomas físicos, como sangrado, obstrucciones, dolor, 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.

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?

¿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.

11
Después del tratamiento

75 Monitoreo

75 Pruebas de detección del cáncer

75 Efectos secundarios a largo plazo y tardíos

77 Supervivencia

78 Puntos clave

78 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 consultas periódicas 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 periódicas 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

Las personas afectadas por 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. Hable con su equipo de atención médica si presenta estos síntomas. El síndrome del asa ciega suele tratarse con antibióticos. Una alimentación rica en proteínas y baja en carbohidratos podría ayudar.

Salud ósea

Se le realizarán pruebas periódicas 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 alimentación 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 frecuente 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 alimentación 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 alimentación equilibrada, hacer ejercicio, yoga, acupuntura y recibir masajes puede ayudar. Es posible que se solicite una derivación a un nutricionista o dietista para ayudar a tratar la fatiga que siente.

Sensación de saciedad después de las comidas

Coma porciones pequeñas y con más frecuencia para no sentir saciedad 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 saciedad, 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 reducir la cantidad de glóbulos rojos del cuerpo hasta un nivel poco saludable. Esto se llama 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.

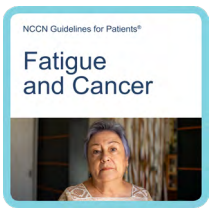
Neuropatía

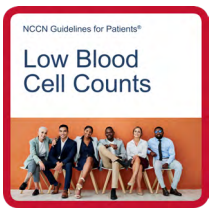
La neuropatía surge del daño a los nervios. Produce una sensación de cosquilleo, hormigueo, adormecimiento y dolor. La neuropatía causada por la quimioterapia se denomina neuropatía inducida por la quimioterapia. La neuropatía periférica es un daño en los nervios de las manos y los pies. Es posible que le administren medicamentos 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 alimentación 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 y en la aplicación NCCN Patient Guides for Cancer.





Supervivencia

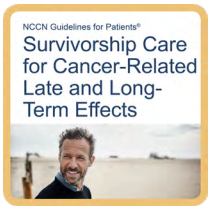
Una persona es sobreviviente del cáncer desde el momento del diagnóstico hasta el final de su vida. Cuando el tratamiento conduce a la remisión (cuando no hay indicios de enfermedad), necesitará seguimiento o cuidados de supervivencia para controlar los efectos secundarios a largo plazo y tardíos.

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 alimentación 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 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 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 periódica y programe pruebas de detección del cáncer según lo recomiende el profesional.
- Mantenga un peso saludable y un estilo de vida activo, lleve una alimentación principalmente vegetariana y evite el tabaco y el alcohol.

Preguntas para hacer

- ¿Qué cambios debo hacer en mi alimentación después de la cirugía? ¿Cómo puedo prepararme?
- ¿Qué cambios debo hacer en mi alimentación 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

80 Qué más hay que saber

80 Qué más hacer

80 Dónde obtener ayuda

80 Preguntas para hacer

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

Qué más hay que saber

En esta guía, encontrará ayuda para conocer las opciones disponibles, de modo que pueda tomar decisiones informadas y 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.

Solicite toda la información posible y la ayuda que necesite. A muchas personas les interesa saber más sobre los siguientes temas:

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

Qué más hacer

Su centro de salud puede ayudar con los próximos pasos. Generalmente, dispone 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.

Dónde obtener ayuda

Consulte la lista a continuación y visite los sitios web que se indican para obtener más información sobre estas organizaciones.

Bag It
bagitcancer.org

Cancer*Care*
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

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?



¡Cuéntenos qué opina!

Tómese un momento para completar una encuesta en línea sobre NCCN Guidelines for Patients.
NCCN.org/patients/response

Palabras que debe conocer

abdomen
La zona del vientre entre el tórax y la zona pélvica.

ácido desoxirribonucleico (ADN)
Cadena de sustancias químicas de 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 que descompone los alimentos para que el cuerpo pueda utilizarlos.

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

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.

endoscopía GI superior
Utilización de una delgada herramienta que se introduce por la garganta hacia el esófago y el estómago. También llamada esofagogastroduodenoscopía (o EGD).

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.

epitelio superficial
Capa delgada y húmeda de células que forma el revestimiento interno 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 medicamentos 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 introduce en una vena.

irresecable
Cáncer que no puede extirparse con cirugía.

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

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

lavado
Por lo general, se realiza durante la cirugía; consiste en el uso de una solución estéril para lavar la zona abdominal, tras lo cual se analiza la solución para detectar células cancerosas.

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.

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.

mucosa
La primera capa interna de la pared del estómago.

mucosidad
Líquido pegajoso y espeso que hidrata o lubrica.

mutación
Cambio anormal.

neumólogo
Médico que realiza biopsias y utiliza ecografías para determinar la estadificación si los pulmones y las vías respiratorias están afectados.

oncólogo clínico
Médico experto en tratar el cáncer con medicamentos.

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.

quimiorradioterapia
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 de diagnóstico
Médico que interpreta los resultados de los estudios de diagnóstico por imágenes.

radiólogo intervencionista
Médico experto en estudios 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 (RT)
Tratamiento que utiliza rayos de alta energía para destruir las células cancerosas o reducir el tamaño de los tumores.

raspado
Extracción de muestras del tumor o células con un cepillo pequeño en el extremo del endoscopio.

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.

resección endoscópica de la submucosa (RES)
Extirpación de tumores incipientes con un bisturí especial que ha sido introducido por la garganta.

resonancia magnética (RM)
Estudio que usa ondas de radio 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 inmunitario
Defensa natural del cuerpo contra las infecciones y las enfermedades.

sonda de gastrostomía (sonda G)
Tubo que se introduce a través de la pared del abdomen directamente en el estómago y que 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 tubo digestivo.

tratamiento complementario
Atención médica que incluye el alivio de los síntomas, pero no el tratamiento del cáncer. Está disponible en cualquier momento de la atención oncológica.

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

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

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

tumor
Masa anormal de células.

tumor, ganglio, metástasis (TNM)
Sistema que se utiliza para estadificar el cáncer de estómago y se denomina estadio anatómico.

unión esofagogástrica (UEG)
Área donde se unen el esófago y el estómago.

zona pélvica
Área del cuerpo entre los huesos de la cadera.

Colaboradores de NCCN

Esta guía para pacientes se basa en NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines®) para el cáncer gástrico, versión 2.2026. 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

Susan Kidney
Especialista ejecutiva en Diseño Gráfico

La NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines®) para el cáncer gástrico, versión 2.2026 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 of Northwestern University

Dr. Sakti Chakrabarti
Case Comprehensive Cancer Center/University Hospitals Seidman Cancer Center y Cleveland Clinic Taussig Cancer Institute

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 y 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. Samuel Klempner
Mass General Cancer Center

Dr. Moshim Kukar
Roswell Park Comprehensive Cancer Center

Dra. Jill Lacy
Yale Cancer Center/Smilow Cancer Hospital

Dr. Vincent Lam
Johns Hopkins Kimmel Cancer Center

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. 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

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

Dr. Kyle A. Perry
The Ohio State University Comprehensive Cancer Center- James Cancer Hospital y 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

Dr. Alireza Sedarat
UCLA Jonsson Comprehensive Cancer Center

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. 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. McMillian, máster en Ciencias
Coordinadora principal de las Guías

Nicholas Sansone, máster en Bellas Artes
Especialista en Diseño de Guías

MaryElizabeth Stein, doctora en Medicina
Científica adjunta/redactora médica

* Revisaron esta guía para pacientes. Para divulgaciones, visite NCCN.org/disclosures.

Centros oncológicos de NCCN

Para obtener información de contacto, visite NCCN.org/cancercenters.

Abramson Cancer Center
at the University of Pennsylvania
Philadelphia, Pennsylvania

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

City of Hope National Medical Center
Duarte, California

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

Duke Cancer Institute
Durham, North Carolina

Fox Chase Cancer Center
Philadelphia, Pennsylvania

Fred & Pamela Buffett Cancer Center
Omaha, Nebraska

Fred Hutchinson Cancer Center
Seattle, Washington

Huntsman Cancer Institute at the University of Utah
Salt Lake City, Utah

Indiana University Melvin and Bren Simon Comprehensive Cancer Center
Indianapolis, Indiana

Johns Hopkins Kimmel Cancer Center
Baltimore, Maryland

Mayo Clinic Comprehensive Cancer Center
Phoenix/Scottsdale, Arizona
Jacksonville, Florida
Rochester, Minnesota

Memorial Sloan Kettering Cancer Center
New York, New York

Moffitt Cancer Center
Tampa, Florida

O'Neal Comprehensive Cancer Center at UAB
Birmingham, Alabama

Robert H. Lurie Comprehensive Cancer Center of Northwestern University
Chicago, Illinois

Roswell Park Comprehensive Cancer Center
Buffalo, New York

Siteman Cancer Center at Barnes-Jewish Hospital and Washington University School of Medicine
St. Louis, Missouri

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

Stanford Cancer Institute
Stanford, California

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

The UChicago Medicine Comprehensive Cancer Center
Chicago, Illinois

The University of Texas MD Anderson Cancer Center
Houston, Texas

UC Davis Comprehensive Cancer Center
Sacramento, California

UC San Diego Moores Cancer Center
La Jolla, California

UCLA Jonsson Comprehensive Cancer Center
Los Angeles, California

UCSF Helen Diller Family Comprehensive Cancer Center
San Francisco, California

University of Colorado Cancer Center
Aurora, Colorado

University of Michigan Rogel Cancer Center
Ann Arbor, Michigan

University of Wisconsin Carbone Cancer Center
Madison, Wisconsin

UT Southwestern Simmons
Comprehensive Cancer Center
Dallas, Texas

Vanderbilt-Ingram Cancer Center
Nashville, Tennessee

Yale Cancer Center/Smilow Cancer Hospital
New Haven, Connecticut

Notas

Índice

ADN tumoral circulante (ADNtc) 24

antígeno carcinoembrionario (ACE) 17, 24

antígeno del cáncer 19-9 (CA 19-9) 17, 24

biomarcadores 22-24

biopsia 19-22, 24, 28, 33, 54, 66

capa muscular 29-30, 52

carcinoma *in situ* 29, 48-49

carga mutacional tumoral (TMB) 23, 28

cuidados paliativos 33, 43, 54, 56, 60-61, 63, 67, 70-72

deficiencia de reparación de desajustes (dMMR) 22-23, 53-54

ecografía endoscópica (EE) 20, 28, 52

endoscopía gastrointestinal superior 19, 57

epiplones 13, 39

estado funcional 60-61

fusiones de genes 23, 28

gastrectomía 38-39, 48-49, 53, 55, 57, 66, 71, 75-77

gastroyeyunostomía 40, 71

***Helicobacter pylori* (*H. pylori*)** 7, 15, 20

hemograma completo (HC) 17, 49, 57, 76

hibridación fluorescente *in situ* **(FISH)** 24

inestabilidad microsatelital (MSI) 22-23, 53

inmunohistoquímica (IHQ) 24

isoforma 2 de claudina 18 (CLDN18.2) 24, 28, 61

laparoscopía 34, 52, 66

ligando 1 de muerte programada (PD-L1) 23, 28, 61

mucosa 6-7, 12, 29, 36, 49

mutación 21-24, 27-28

nutrición 17, 72, 76-77

pared del estómago 5, 7, 11-12, 20, 27, 29, 36-37, 48-49, 52

perfil metabólico completo (PMC) 17

quimiorradioterapia 41-42, 53, 56, 60-61, 63

radioterapia (RT) 33, 41-43, 54

radioterapia de haz externo (RTHE) 71-72

reacción en cadena de la polimerasa (PCR) 24

receptor 2 del factor de crecimiento epidérmico humano (HER2) 22, 28, 41, 61

resonancia magnética (RM) 18

riesgo genético 21

secuenciación de nueva generación (NGS) 22, 24, 72

serosa 12, 30

síndrome de vaciamiento rápido 26

sonda de gastrostomía (sonda G) 17, 40

submucosa 12, 29, 36-37, 52

subserosa 12, 29-30

supervivencia 46, 77

tomografía computarizada (TC) 18-19, 28, 43, 49, 54, 57, 66

tomografía por emisión de positrones (TEP) 18-19, 28, 54, 66

unión esofagogástrica (UEG) 11-12, 71

yeyunostomía (sonda J) 17, 40, 54

NCCN Guidelines for Patients®

Recomendaciones sobre el tratamiento del cáncer de parte de los principales expertos de National Comprehensive Cancer Network® (NCCN®)

Cáncer de estómago

Para colaborar con NCCN Guidelines for Patients, visite

NCCNFoundation.org/Donate

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

National Comprehensive Cancer Network®

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

NCCN.org/patients - Para pacientes | NCCN.org - Para médicos

PAT-N-1950-0726