



## Aprendamos de *cáncer gástrico*

---

En Chile, cáncer gástrico es la primera causa de muerte por tumores malignos en hombres y la cuarta causa en mujeres. Es una enfermedad de inicio silencioso, pero existen estrategias de prevención que permiten un tratamiento oportuno.



## ¿Por qué debiera preocuparnos el cáncer gástrico?

El cáncer gástrico es una enfermedad por la que se forman células malignas (cancerosas) en el revestimiento del estómago. Es relativamente silencioso, ya que en una etapa precoz no existen síntomas o bien son leves y se asemejan al malestar abdominal que produce una úlcera.

Por esto, muchos afectados consultan en una etapa avanzada, cuando las posibilidades de mejoría son menores.

## Es frecuente y tiene una alta mortalidad

En Chile, la epidemiología evidencia el aumento de la morbimortalidad por enfermedades no transmisibles. Dentro de este contexto, actualmente el cáncer es la segunda causa de muerte de la población chilena, luego de las enfermedades cardiovasculares, proyectándose que al final de la próxima década, llegue a ser la primera causa de muerte en el país, condicionado principalmente por el envejecimiento de nuestra población (Minsal, 2019).

El cancer gástrico constituyó la principal causa de muerte por cáncer en hombres en Chile en el año 2015, con 2.247 muertes (25,2 por cada 100.000 habitantes), mientras en el caso de las mujeres ocupó el 4º lugar, sólo superado por el cancer de mama, pulmón y vesícula.

Comparado con otros países, Chile forma parte del grupo con alta incidencia de cáncer gástrico en el mundo, junto con Corea, Japón, China, Europa del este y los países latinoamericanos de la cuenca del Pacífico (Costa Rica, Colombia, Ecuador y Perú).



El cáncer gástrico es más frecuente en personas sobre los 50 años (la mayoría entre 60-80 años), y en hombres, respecto a las mujeres.

## Importancia de la detección precoz

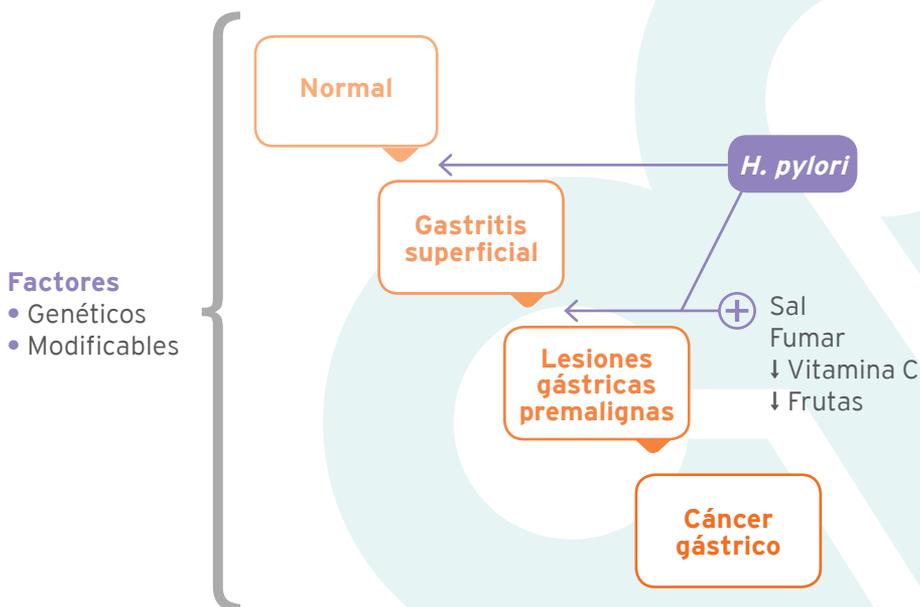
Debido a que la mayoría de los casos son detectados tardíamente, la sobrevida de los pacientes con cáncer gástrico en Chile, cinco años después del diagnóstico, bordea el 10%. Cuando el cáncer se detecta precozmente la sobrevida a los cinco años puede superar el 90%. Si se logra una prevención efectiva de la aparición de cancer gástrico, la sobrevida es de 100% (sin considerar otras causas de mortalidad).



## ¿Cómo se produce el cáncer gástrico?

Sabemos más respecto a cómo se produce el cáncer gástrico que respecto a otros cánceres. El conocimiento acumulado en los últimos 40 años ha permitido entender la vía que conduce al cáncer gástrico como un proceso de múltiples etapas (cascada carcinogénica), como se muestra a continuación:

### Carcinogénesis Gástrica



## Infección por *helicobacter pylori*

El factor causal más importante y el que inicia la cascada es la infección por *Helicobacter pylori* (*H. pylori*), una bacteria de distribución mundial que coloniza la mucosa del estómago, habitualmente en la infancia, determinando una inflamación local (gastritis). Generalmente es asintomática, persistiendo en la mayoría de los casos durante toda la vida, y explica entre 70 y 90% del riesgo de cáncer gástrico de una población. Esto quiere decir que, si se elimina la infección por *H. pylori* de una población, el riesgo de cáncer gástrico de esa población se reduce en la misma proporción. Si bien existen algunas otras vías que pueden conducir al cáncer (hereditario familiar, gastritis autoinmune o infección por virus Epstein -Barr), estas son, en términos relativos, muy poco frecuentes.

En Chile y la mayor parte del mundo, la frecuencia de infección por *H. pylori* es muy elevada, alcanzando aproximadamente al 70% de la población. Es evidente entonces, que la gran mayoría de los infectados por *H. pylori* (99%) nunca desarrollará un cáncer gástrico.

## Factores de riesgo de cáncer gástrico

Existen otros factores, como la edad, sexo, genes específicos (de la bacteria y de la persona infectada), cirugías gástricas previas y condiciones ambientales (tipo de dieta, consumo de sal, tabaco, alcohol y otros), que interactúan con *H. pylori* a lo largo de muchos años y, en una proporción decreciente de los infectados, determinan cambios progresivos en la mucosa gástrica (atrofia y metaplasia intestinal) que se asocian a un mayor riesgo de transformación maligna, lo que ocurre habitualmente después de los 50 años.

## Factores modificables para reducir el riesgo

Otros factores ambientales modificables y considerados relevantes para reducir el riesgo de cáncer gástrico incluyen:



Dejar de fumar



Reducir el sobrepeso



Dieta saludable



Ejercicio regular y frecuente

# Clasificación del riesgo de cáncer gástrico

Utilizando herramientas diagnósticas simples y disponibles es posible detectar la presencia de *H. pylori* y de lesiones premalignas gástricas en cualquier persona y, de esta forma, asignarla a uno de 3 grupos de riesgo, excluyentes entre sí:



Personas con riesgo **mínimo**

Las personas adultas que nunca se infectaron por *H. pylori* en la infancia, tienen un riesgo de cáncer gástrico virtualmente nulo. La probabilidad de adquirir la infección en la edad adulta (después de los 20 años) es tan baja que no se justifica realizar ningún tipo de seguimiento o control.



Personas con riesgo **reversible**

Los adultos infectados por *H. pylori* sin lesiones premalignas tienen un riesgo bajo de desarrollar un cáncer gástrico. En ellos se debe indicar una terapia antibiótica efectiva para erradicar la infección y de esta forma evitar su eventual progresión (prevención primaria). El riesgo de reinfección existe, pero es bajo y se concentra en el primer año luego del tratamiento. Si la persona persiste libre de *H. pylori* después de un año, el riesgo de reinfectar y el riesgo residual, es decir después de erradicar la bacteria, de cáncer gástrico son tan bajos que, al igual que el grupo anterior, no justifica seguimiento o control posterior.



Personas con riesgo **persistente**

Los adultos que ya han desarrollado atrofia, metaplasia intestinal o displasia como consecuencia de una infección por *H. pylori* de larga data, son los que acumulan la mayor parte del riesgo de cáncer gástrico. En estas personas la erradicación de *H. pylori*, cuando está presente, disminuye significativamente el riesgo futuro de desarrollar cáncer gástrico y, cuando la atrofia es focal o leve, la mucosa gástrica puede recuperarse y volver a ser normal. Sin embargo, los casos con atrofia acentuada o metaplasia intestinal extensa mantienen un riesgo residual significativo de cáncer gástrico. El identificar estos sujetos permite implementar medidas de seguimiento y control focalizados, para detectar precozmente la aparición eventual de un cáncer gástrico y ofrecer un tratamiento curativo en la mayoría de los casos (prevención secundaria).

## ¿Cómo puedo saber a qué grupo de riesgo pertenezco?

La infección por *H. pylori* puede detectarse mediante diversos métodos:

- **Test Espiratorio con urea marcada con C13 o C 14 (UBT):** es un examen no invasivo, que sólo requiere ingerir un comprimido y luego recoger una muestra de aire espirado.
- **Test de antígeno de *H. pylori* en deposiciones (Ag deposiciones):** examen no invasivo que sólo requiere entregar una muestra de deposiciones.
- **Test de ureasa rápido:** examen invasivo, porque requiere una muestra de mucosa gástrica, que se obtiene en el transcurso de una endoscopia digestiva.
- **Estudio histológico:** examen invasivo, en el que se busca la presencia de *H. pylori* en biopsias gástricas, tomadas en el transcurso de una endoscopia digestiva.

La determinación de la presencia o ausencia de lesiones premalignas (atrofia, metaplasia intestinal o displasia) se realiza mediante el estudio de biopsias gástricas tomadas durante una endoscopia.





## Conducta sugerida para determinar riesgo individual de cáncer gástrico

- **Determinación no invasiva de H pylori (UBT o Ag deposiciones)**

Personas menores de 40-50 años, sin síntomas digestivos, sin antecedentes familiares de cáncer digestivo.

- **Endoscopia digestiva, con test de ureasa rápido y biopsias gástricas**

Personas con síntomas digestivos o antecedentes familiares de cáncer digestivo o mayores de 40-50 años.

- **Evaluar antecedentes familiares de cáncer gástrico y factores asociados (fumar, sobrepeso, etc).**



### **Infórmate e insíbete en Programas de Salud**

Av. Manquehue 1410, piso 2, Vitacura

Teléfono: (56) 22910 1077

E-Mail: [preveniressalud@alemana.cl](mailto:preveniressalud@alemana.cl)

[www.alemana.cl](http://www.alemana.cl)

Ficha Coleccionable Clínica Alemana de Santiago N°48 / 1° Edición / Julio 2020

**Representante Legal:** Cristián Piera, **Coordinación General:** Carolina Jara,

**Comité Editorial:** Dr. Rodrigo Zapata, Dr. Antonio Rollan y Dr. Alex Navarro, gastroenterólogos y Alejandra Krefft.



**Alemana**<sup>CLÍNICA</sup>®

Si es tu salud, es la Alemana.®

**Clínica Alemana  
Vitacura**

Av. Vitacura 5951  
Vitacura  
Teléfono: (56) 22910 1111

**Clínica Alemana  
Manquehue Oriente**

Av. Manquehue 1499  
Vitacura  
Teléfono: (56) 22910 8000

**Clínica Alemana  
de La Dehesa**

Av. José Alcalde Délano 12205  
Lo Barnechea  
Teléfono: (56) 22910 7000

**Clínica Alemana  
Centro Médico de Chicureo**

Camino Chicureo, Lote A-2, s/n  
Colina  
Teléfono: (56) 22910 4000