

12

CONGRESO DE
PACIENTES
CON **CÁNCER**

Escuela técnica
SUPERIOR DE
ARQUITECTURA
MADRID

24-26
noviembre
de 2017

Declarado de interés
sanitario por el Ministerio
de Sanidad, Servicios
Sociales e Igualdad



CONTINUA EL VIAJE

Tumores de esófago y estómago



grupo español de
pacientes de cáncer

Lourdes Gutiérrez Sanz
Adjunta del Servicio de Oncología Médica
Hospital Universitario Puerta de Hierro,
Majadahonda. Madrid.

Agenda de trabajo

1- Introducción.

2- Epidemiología.

3- Anatomía y patología.

4- Clínica.

5- Estadificación.

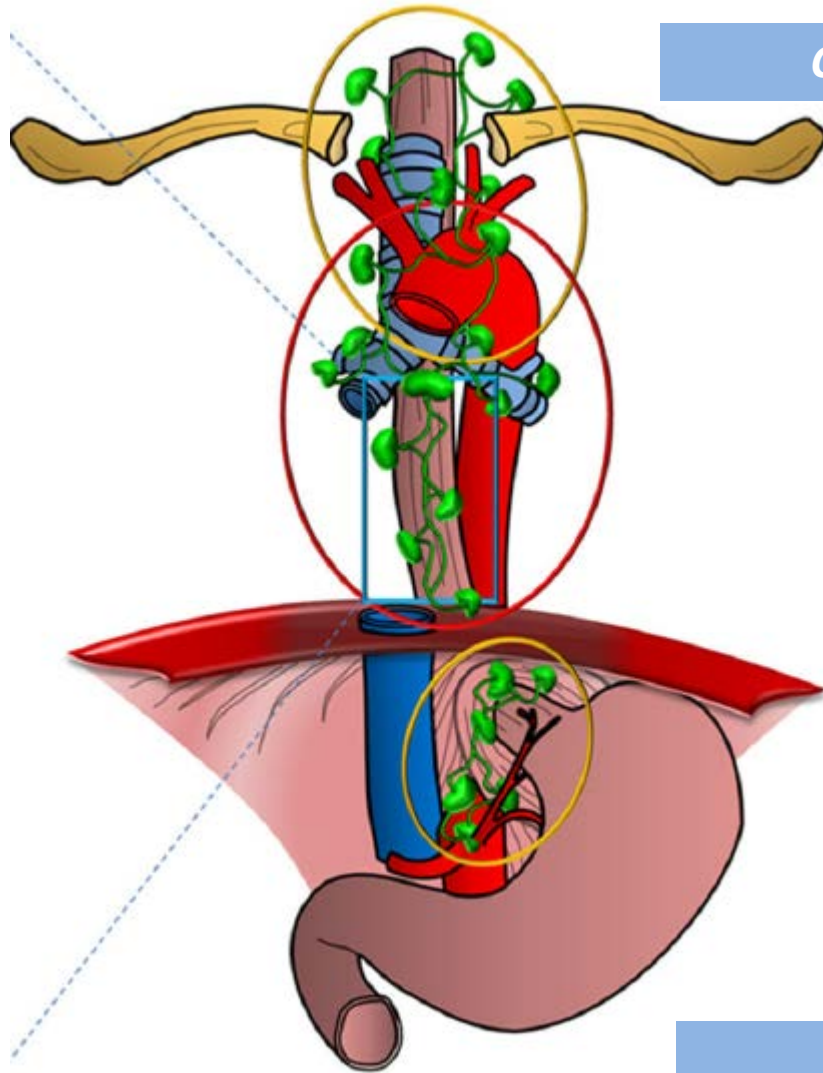
6- Tratamiento.

7- Nuevos fármacos.



Introducción

Cáncer de esófago



Dentro de los tumores
digestivos los más
frecuentes:

Cáncer colorrectal (1º),
gástrico (2º),
hepático (3º),
pancreático (4º)
y en el 5º esófago.

Cáncer gástrico

Epidemiología: Datos en España

6º tumor en incidencia ca gástrico

Figura 6. Incidencia estimada de los tumores más frecuentes en España en el año 2015 (ambos sexos).



Epidemiología: A nivel mundial

5º tumor en incidencia ca gástrico

8ª tumor en incidencia ca esófago

Figura 5. Incidencia estimada de los tumores más frecuentes a **nivel mundial** en el año 2012 (ambos sexos).

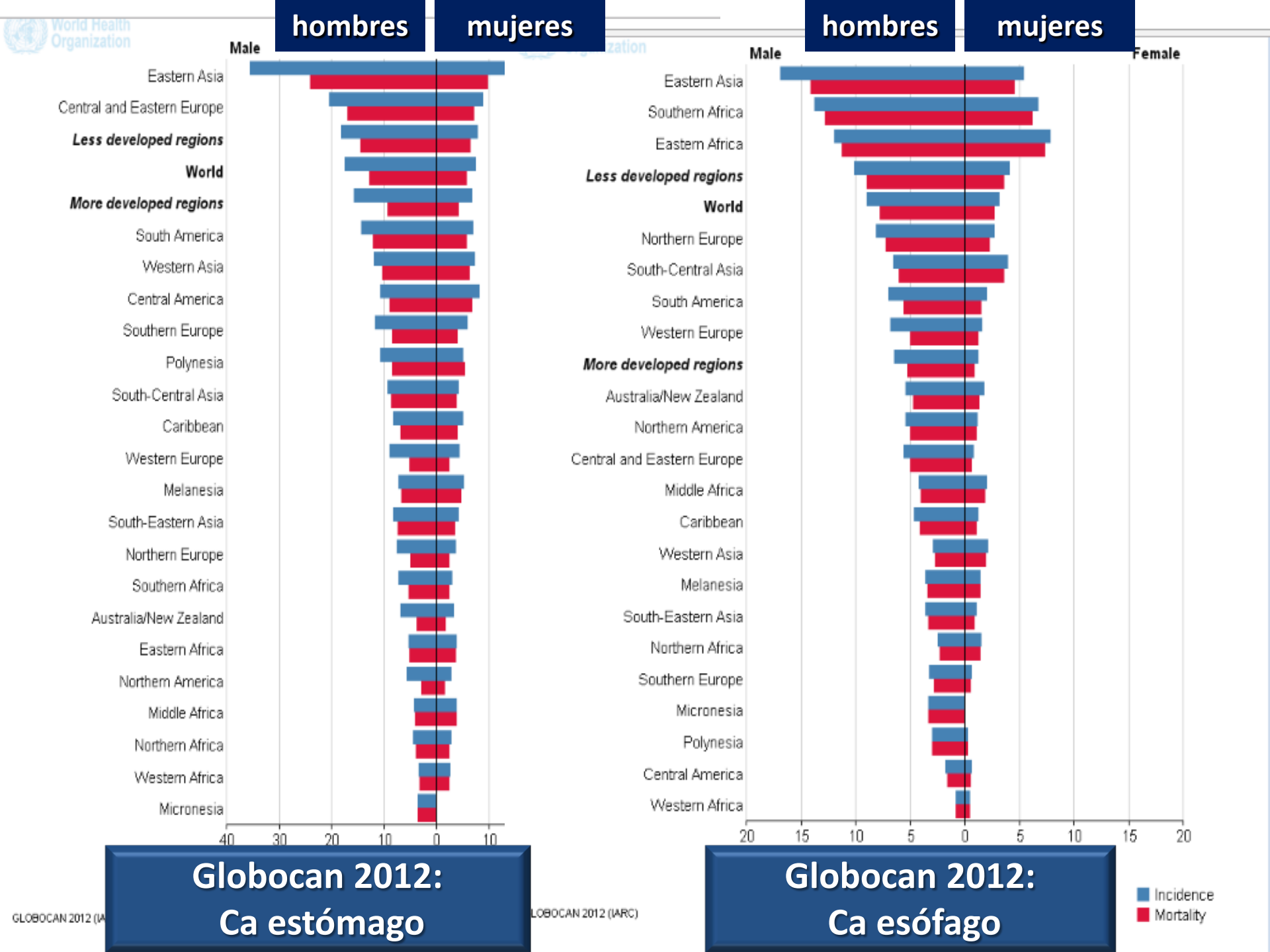


Epidemiología: en España

6º tumor en mortalidad ca gástrico

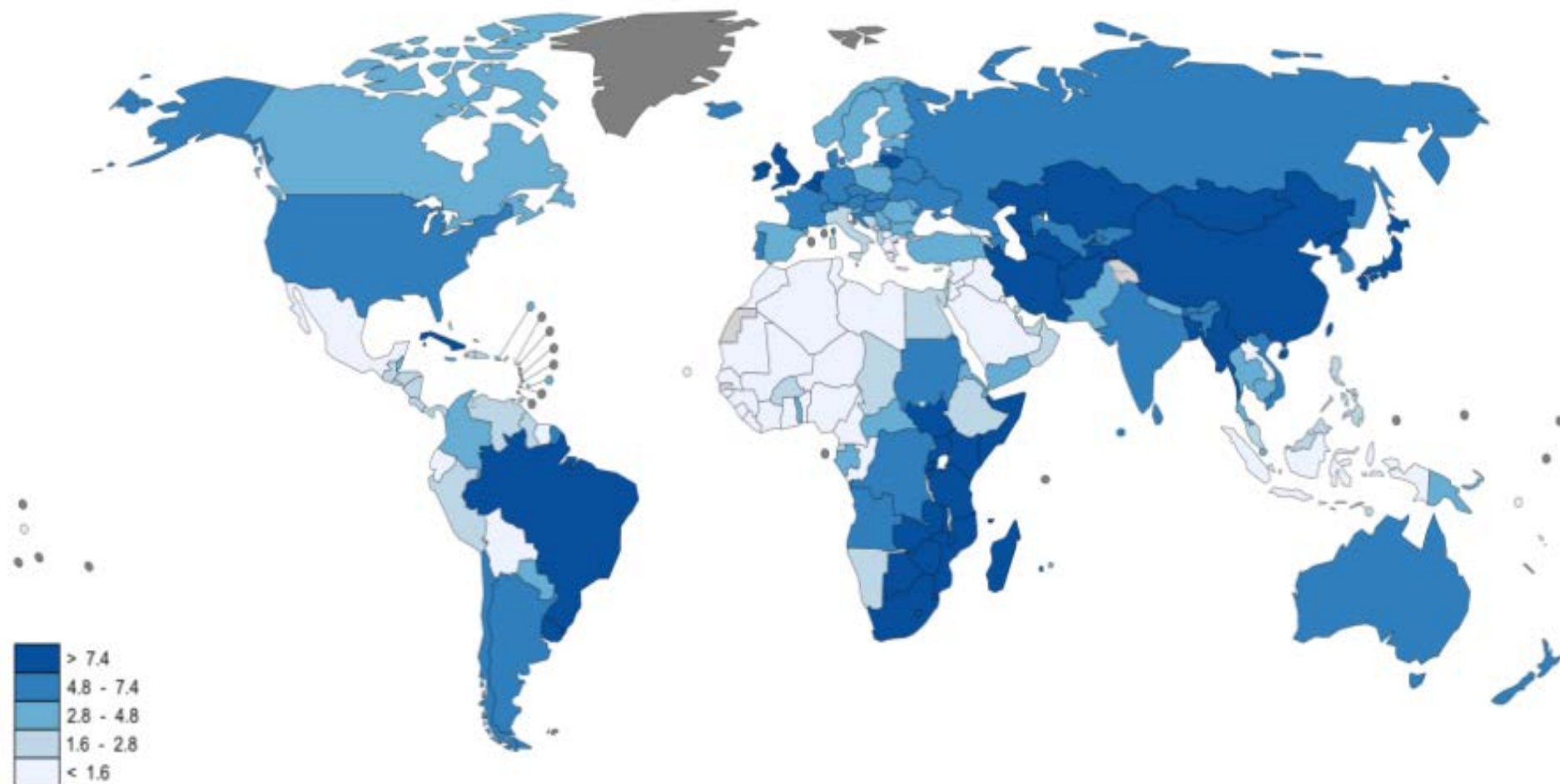
Figura 13. Mortalidad estimada por tipo de tumor (10 tumores más frecuentes) en España para el año 2014.





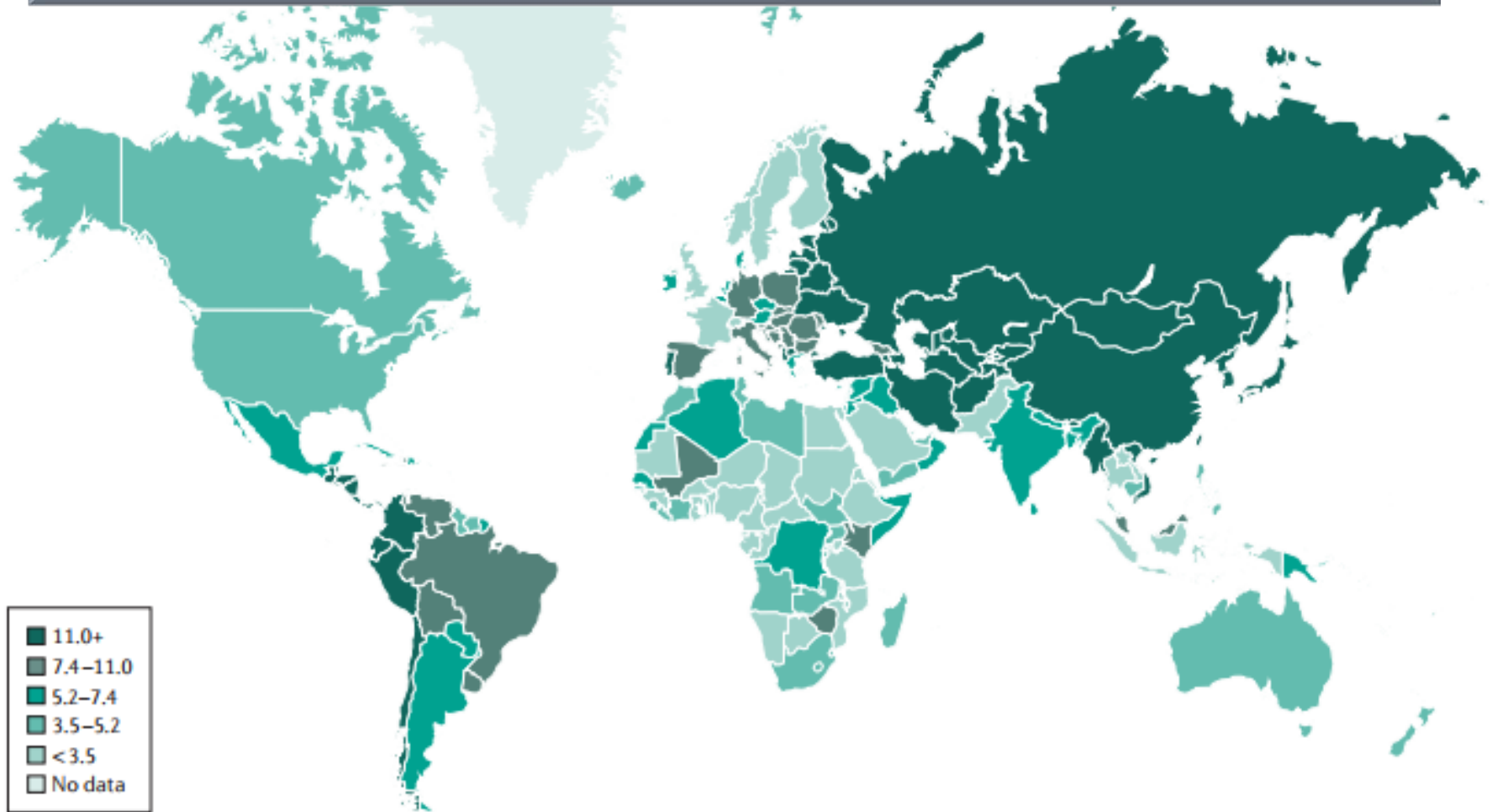
Globocan 2012 Incidencia cáncer de esófago

▲ Estimated Oesophageal Cancer Incidence Worldwide in 2012: Men



Incidencia presenta amplias variaciones raciales y geográficas. 30 veces superior en Francia China, Brasil, India, Japón y Puerto rico.

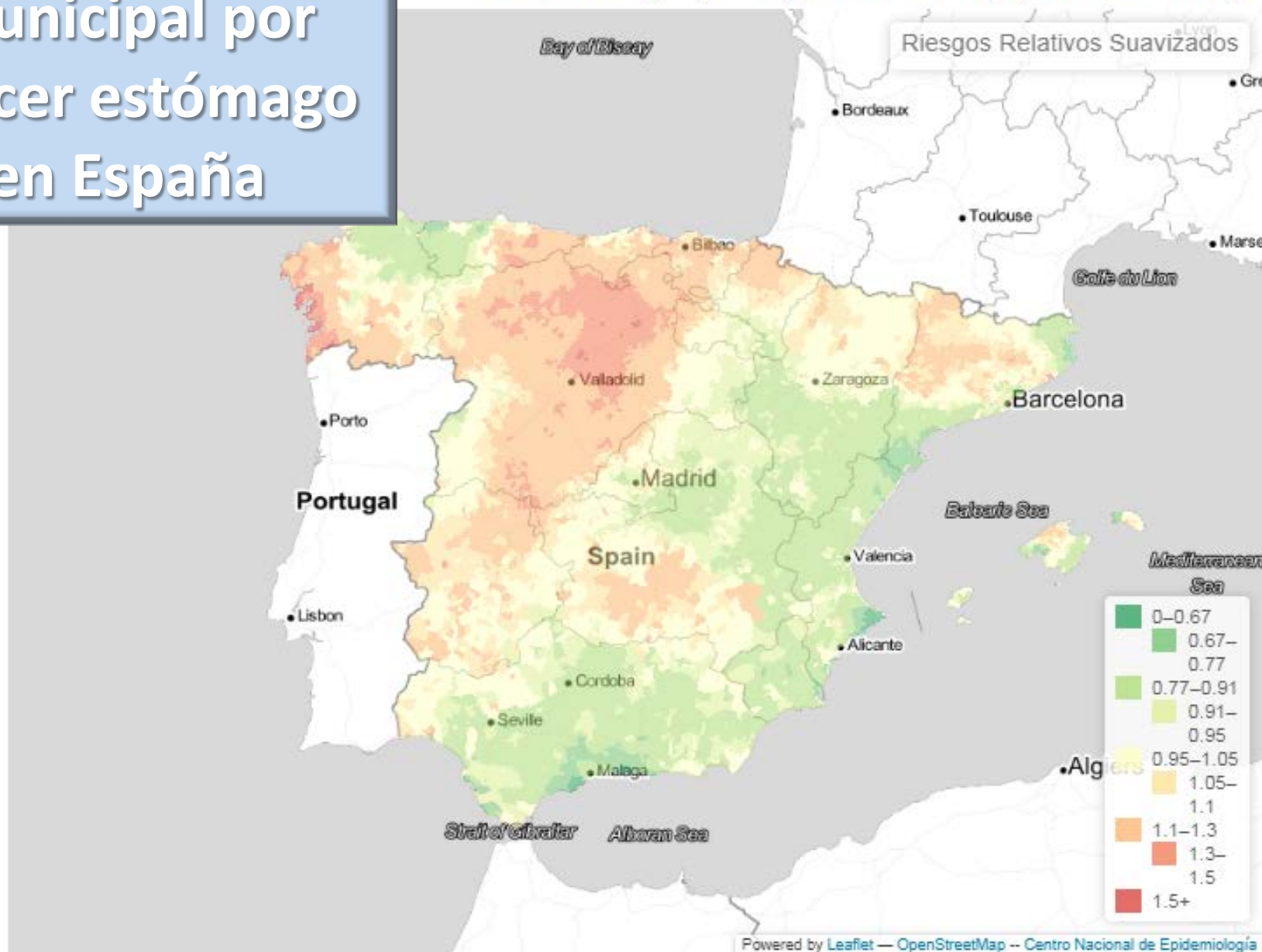
Globocan 2012 Incidencia cáncer gástrico



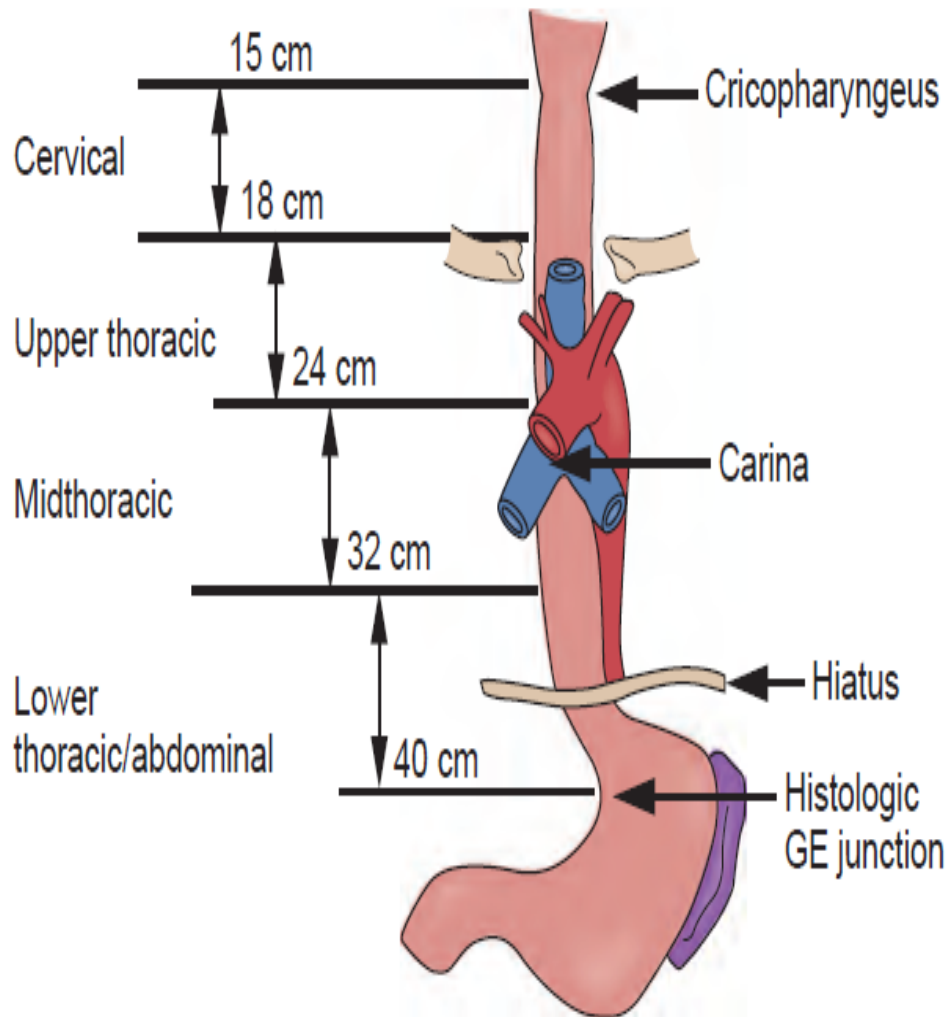
Más de la mitad de los casos se concentran en Japón y China. También en sudamérica, Europa del este y algunos países de oriente medio.

Mortalidad municipal por cáncer estómago en España

Estómago (C16), Hombres, (2004-2008)



Anatomía: esófago, unión gastroesofágica y gástrico



El esófago es un tubo muscular, que se extiende desde farínge hasta estómago y sirve para el paso de alimento.

Se encuentra por delante de la columna vertebral, en relación con distintas estructuras (aorta, n recurrente laríngeo, bronquio principal izquierdo, corazón y diafragma).

Mide aproximadamente 25 cm.

Esófago cervical
Esófago intratorácico:
Superior
Medio
Inferior

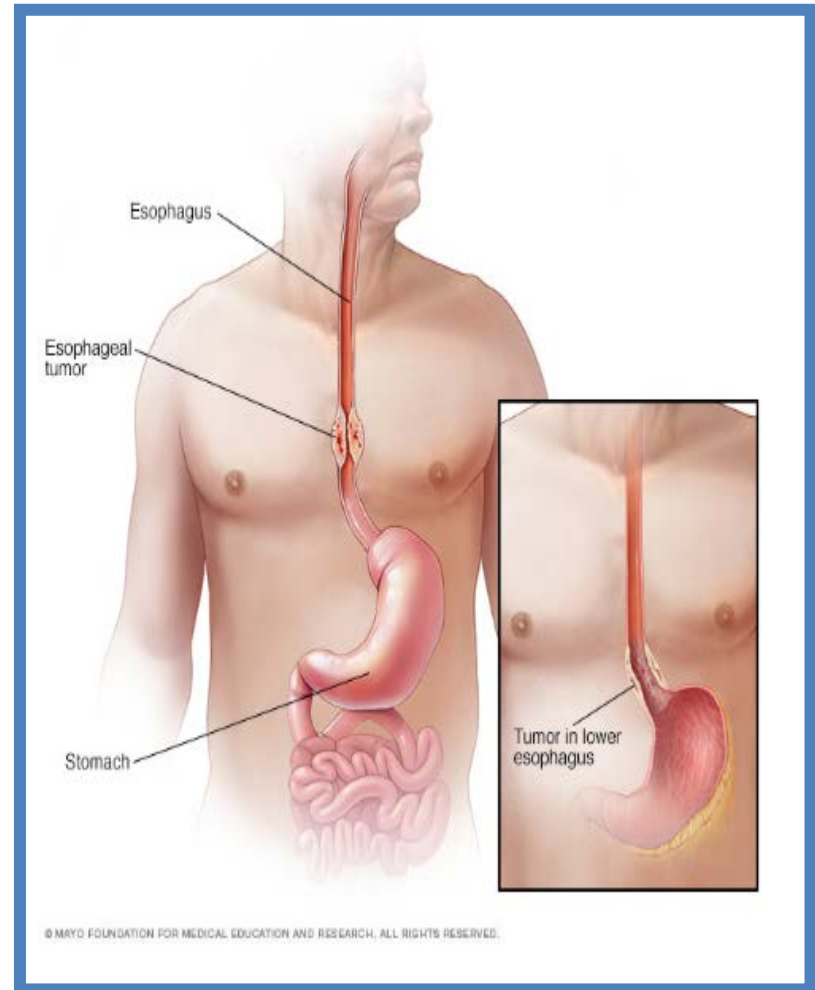
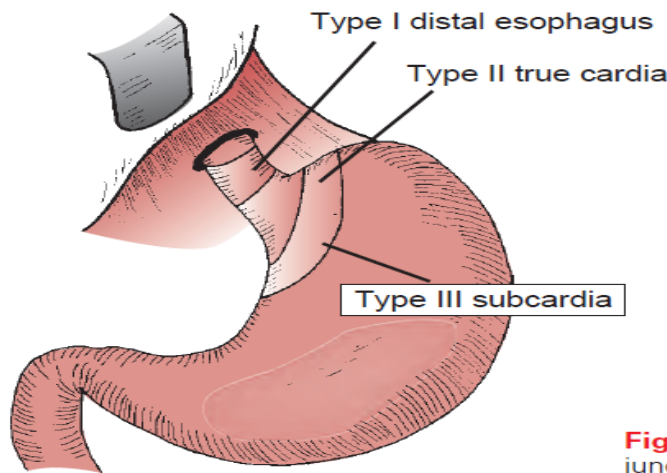
Anatomía: esófago, unión gastroesofágica y gástrico

Unión esofago-gástrica:

Se encuentra a nivel del cardias que es el esfínter esofágico inferior, un anillo muscular que separa esófago-estómago.

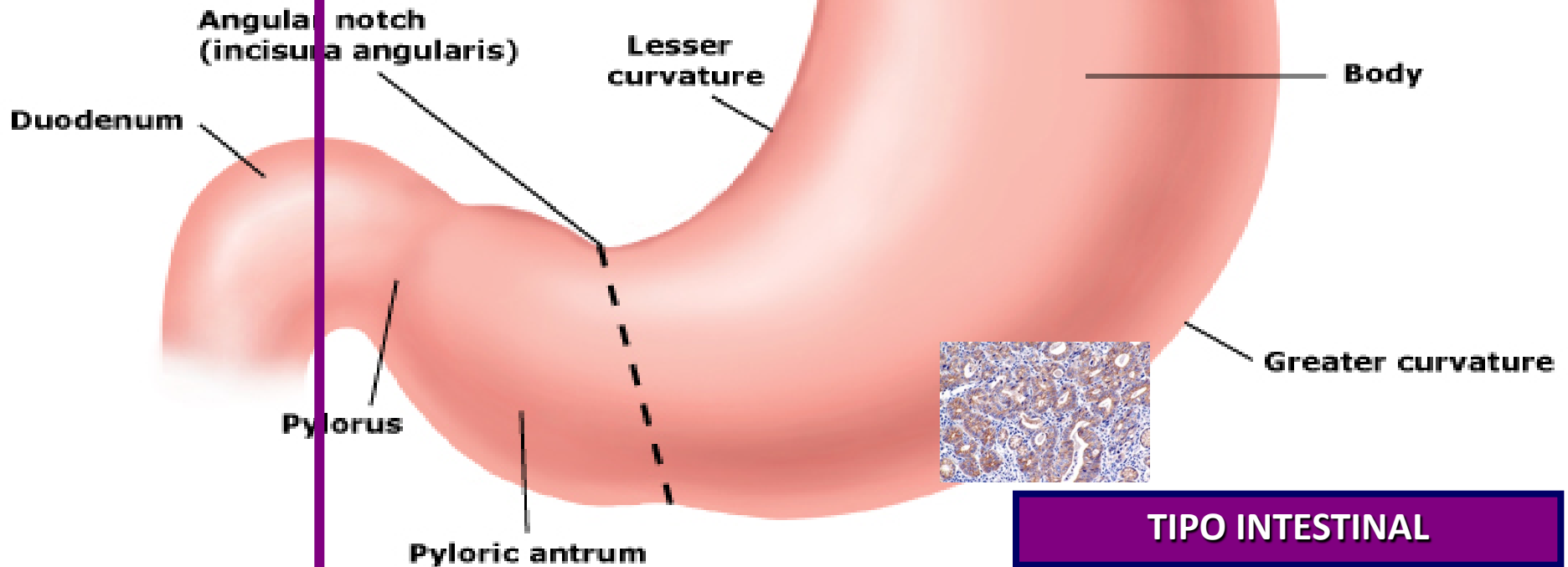
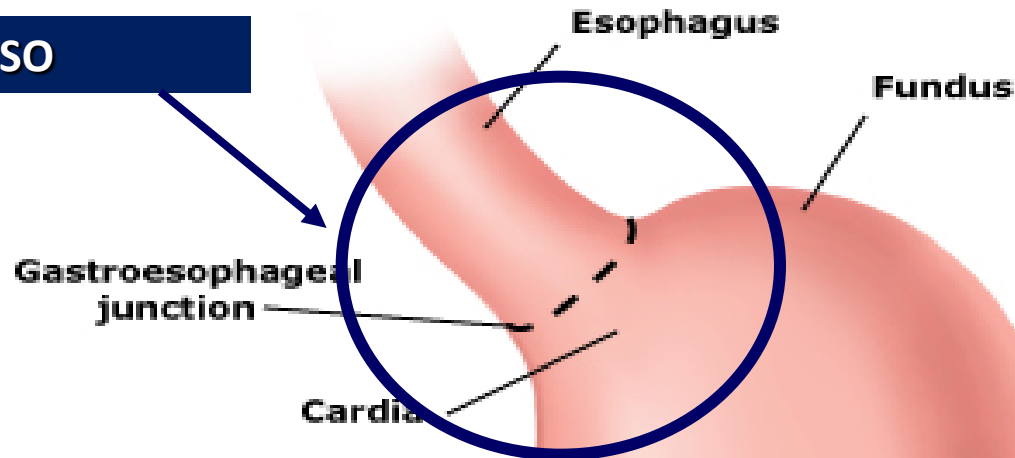
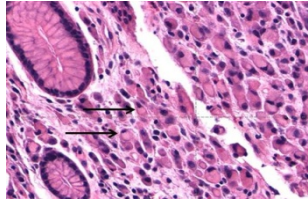
Su mal funcionamiento condiciona Reflujo gastroesofágico.

La Unión se encuentra dividida en tres pequeñas regiones (Siewert I; II; III).



Anatomía e histología: Adenocarcinoma gástrico (95%)

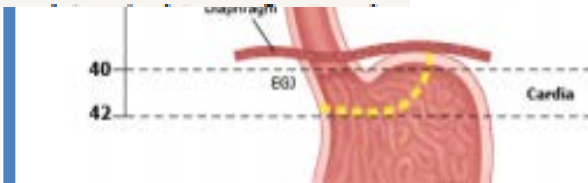
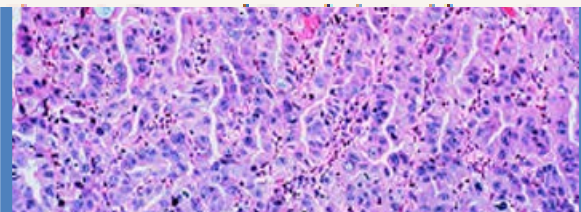
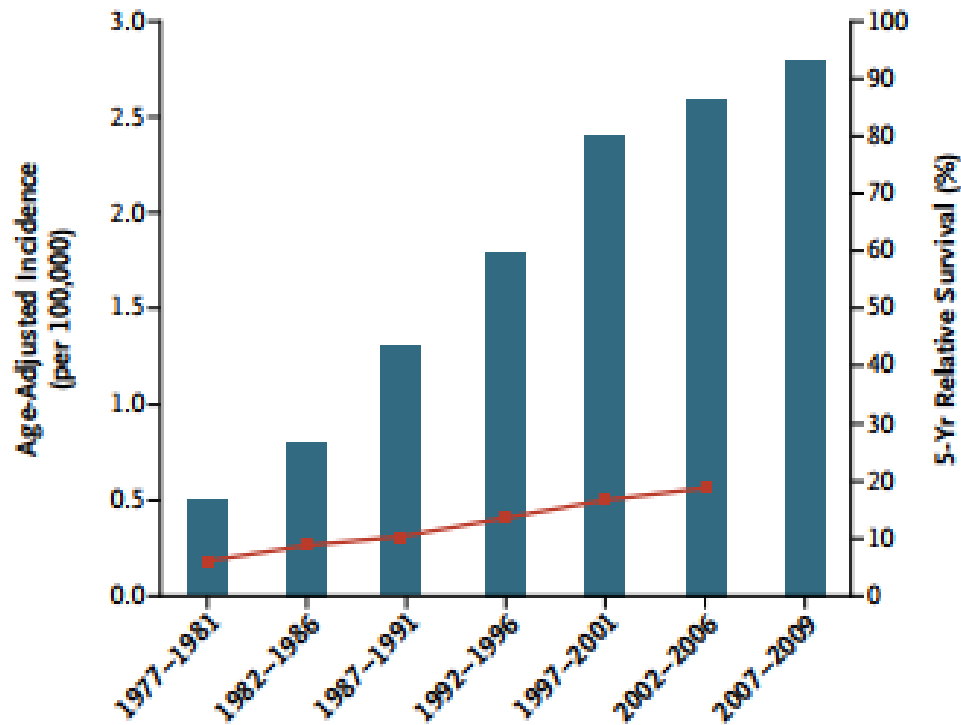
TIPO DIFUSO



TIPO INTESTINAL

Tipos histológicos de cáncer de esófago:

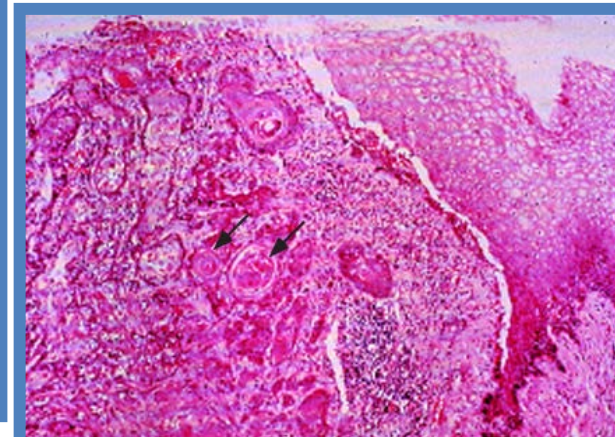
Adenocarcinoma



Escamoso

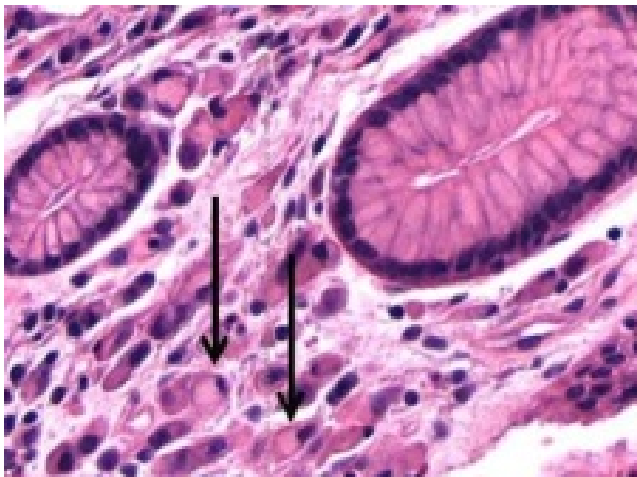


+ Frecuente
Esófago cervical y
a nivel de esófago
medio

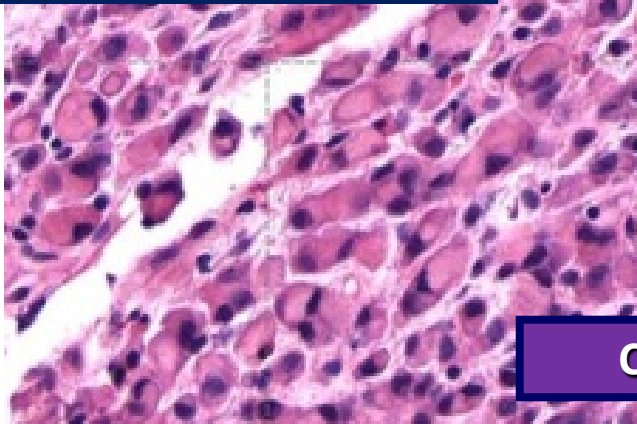


Clasificación histológica (AP) del Adenocarcinoma gástrico (95%)

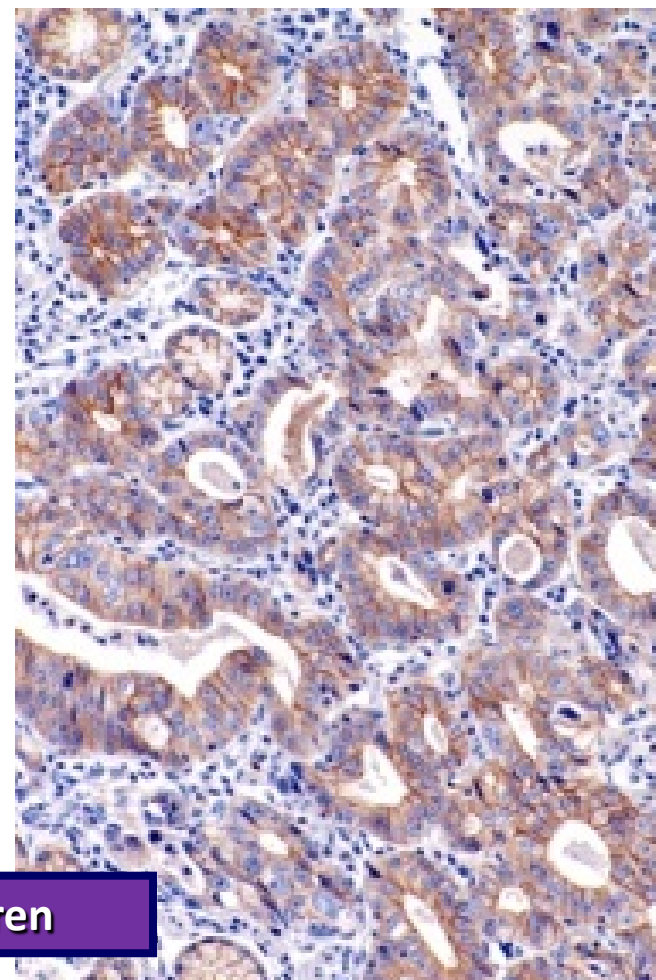
TIPO DIFUSO



Células en anillo de sello



TIPO INTESTINAL



Clasificación de Lauren

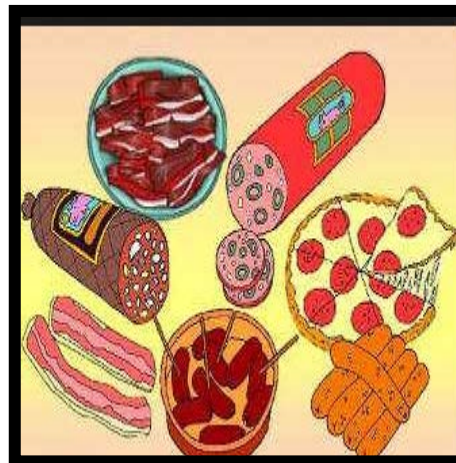
Factores de riesgo: cáncer de esófago

Escamoso

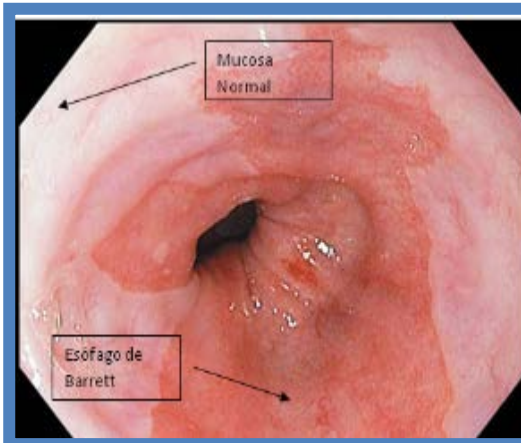
- 1 Tabaco.**
- 2 Alcohol.**
- 3 Situación social baja.**
- 4 Dieta.**
- 5 Acalasia.**
- 6 Lesiones por caústicos.**
- 7 Ptilosis.**
- 8 RT en tórax.**
- 9 Ingesta bebidas calientes.**
- 10 Concomitante a tumores de cabeza y cuello.**
- 11 Sd Plummer-Vinson.**

Adenocarcinoma

- 1- Reflujo gastroesofágico.**
- 2- Obesidad.**
- 3- Infección por H pylori.**
- 4- Sexo masculino.**
- 5- Situación social baja.**
- 6- Dieta.**
- 7- Tabaco.**



Esófago de Barret: Factor predisponente para el Adenocarcinoma de esófago.

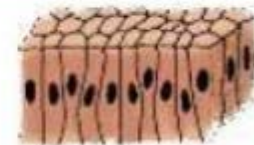


Cambio en la mucosa del esófago → reemplazo del epitelio escamoso por metaplasia intestinal.

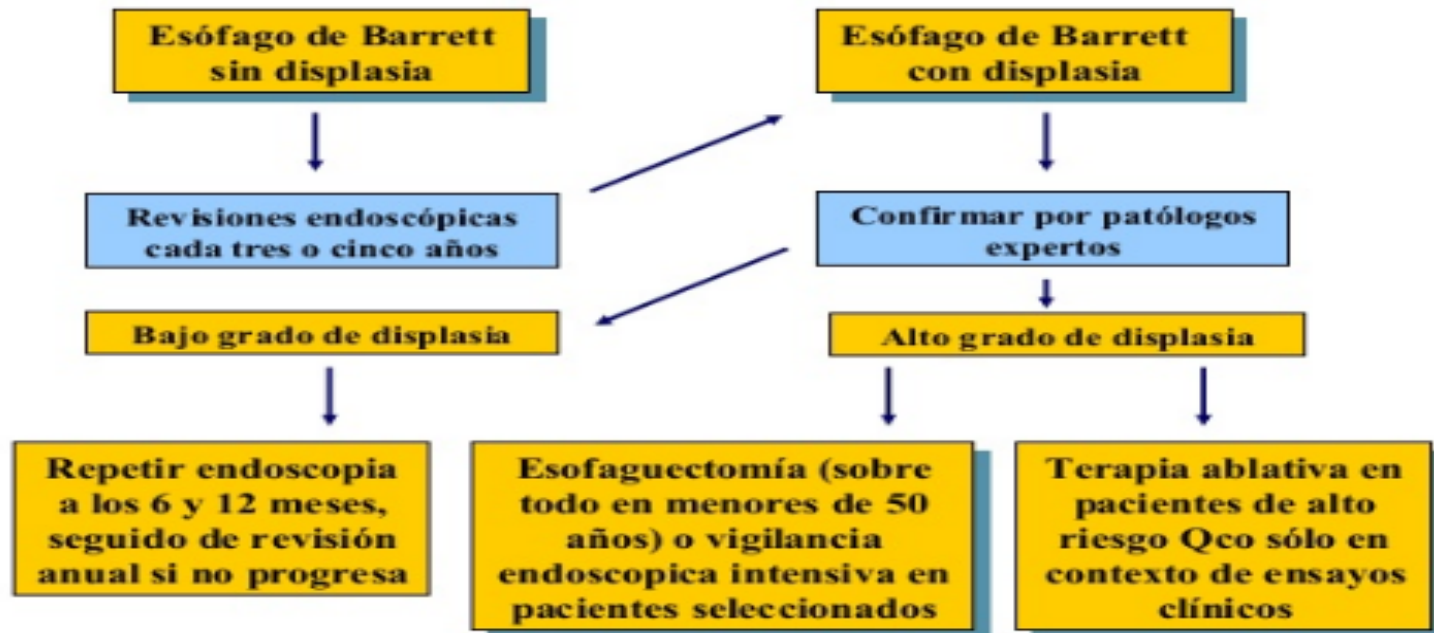
Metaplasia: Se reemplaza el epitelio ESCAMOSO, por epitelio COLUMNAR.



Simple escamoso



Simple columnar



Factores de riesgo: cáncer gástrico

FACTORES NUTRICIONALES

**Dieta salazones y ahumados (Japón y China),
dieta baja en frutas y verduras,
Carne a la brasa (nitratos).**

FACTORES AMBIENTALES

**Mala preparación de alimentos,
falta de refrigeración,
aguas en mal estado (nitratos o H pylori).**

Factores de riesgo: cáncer gástrico

ENFERMEDADES PREDISPONENTES:

Cirugía gástrica previa.

Gastritis crónica atrófica.

Anemia perniciosa.

Pólipos gástricos.

H pylori

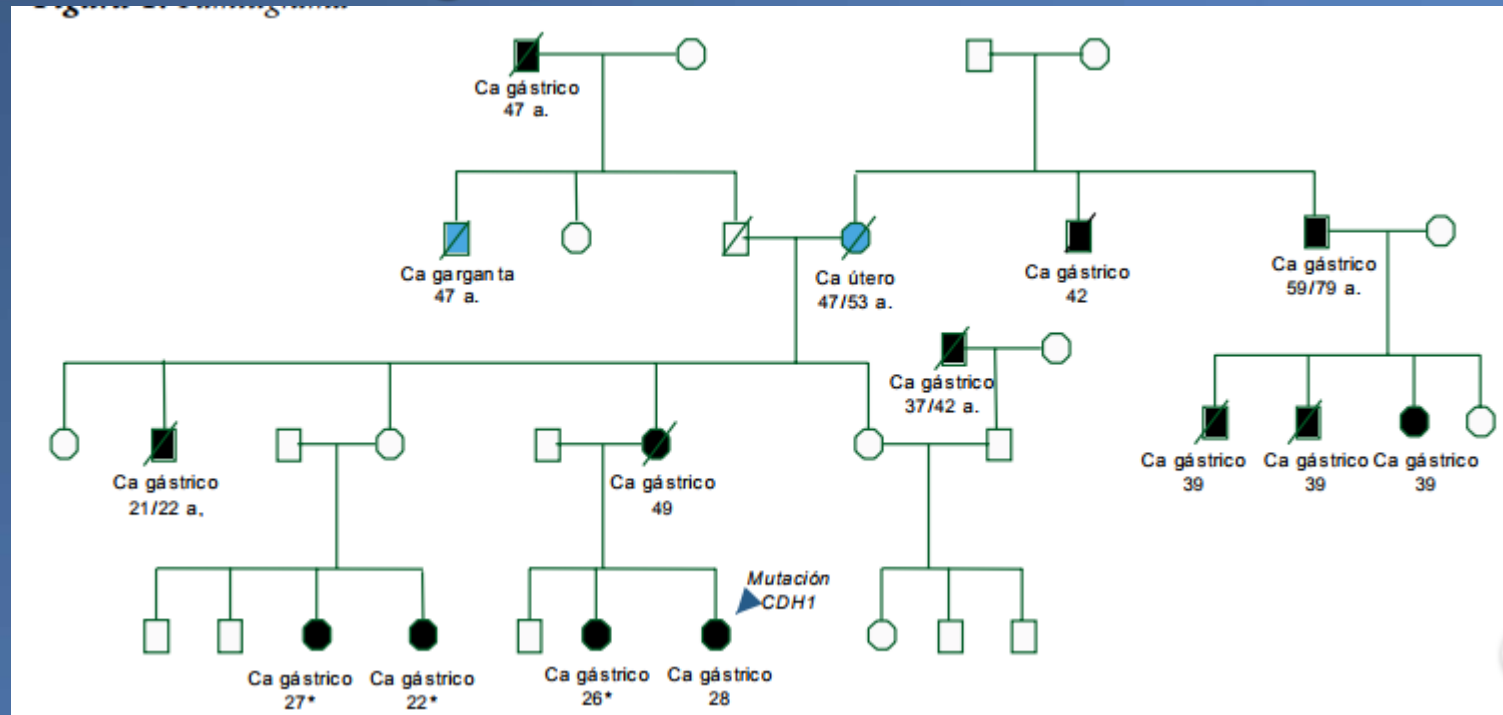
TABACO



Factores de riesgo: cáncer gástrico

FACTORES GENÉTICOS /FAMILIARES

Sd de cáncer gástrico difuso hereditario. CDH1.



Síndrome de Lynch.

2-3 veces > I en personas con familiares diagnosticados de ca gástrico

Clínica

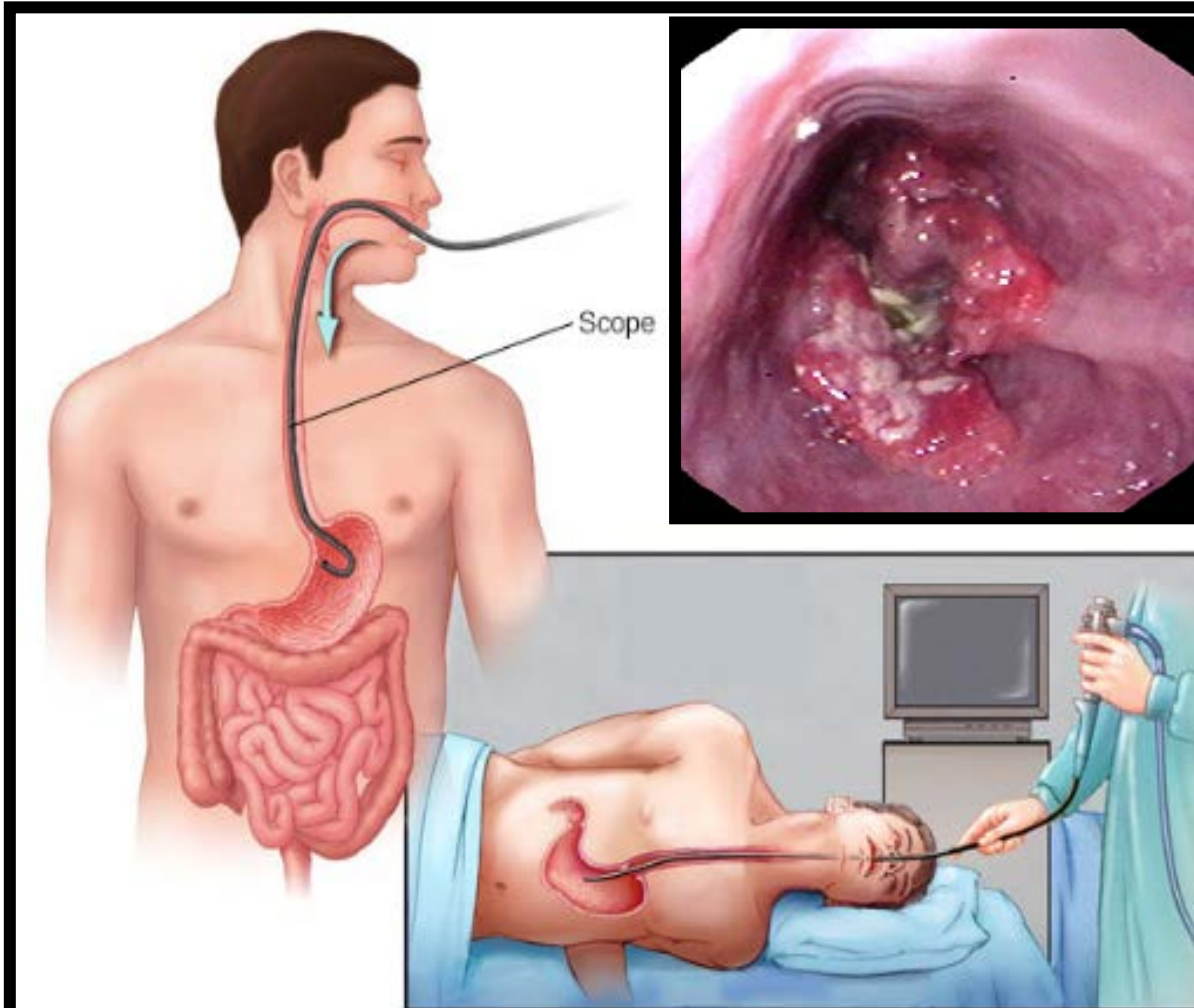
Ca esófago:

- **Disfagia.**
- **Pérdida de peso**
- **Dolor.**
- **Síntomas respiratorios (por afectación bronquial).**
- **Otros disfonía, hipo, sangrado digestivo...**

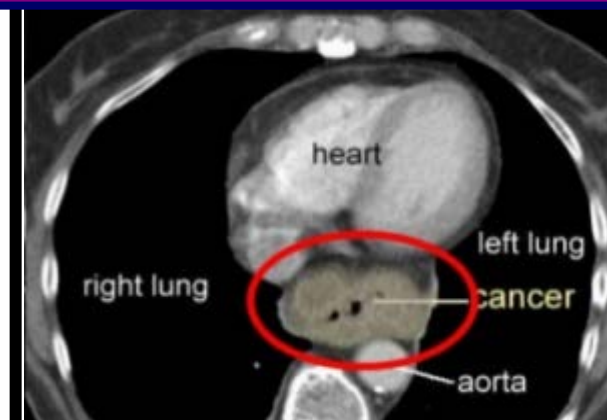
-Ca estómago:

- Hemorragia digestiva alta.**
- Anemia.**
- Dolor abdominal. Vómitos.**
- Signos: ascitis, adenopatías, nódulos o masa abdominal, hepatomegalia.**

Diagnóstico: Endoscopia digestiva alta y ecoendoscopia y TC Tomografía axial computerizada.

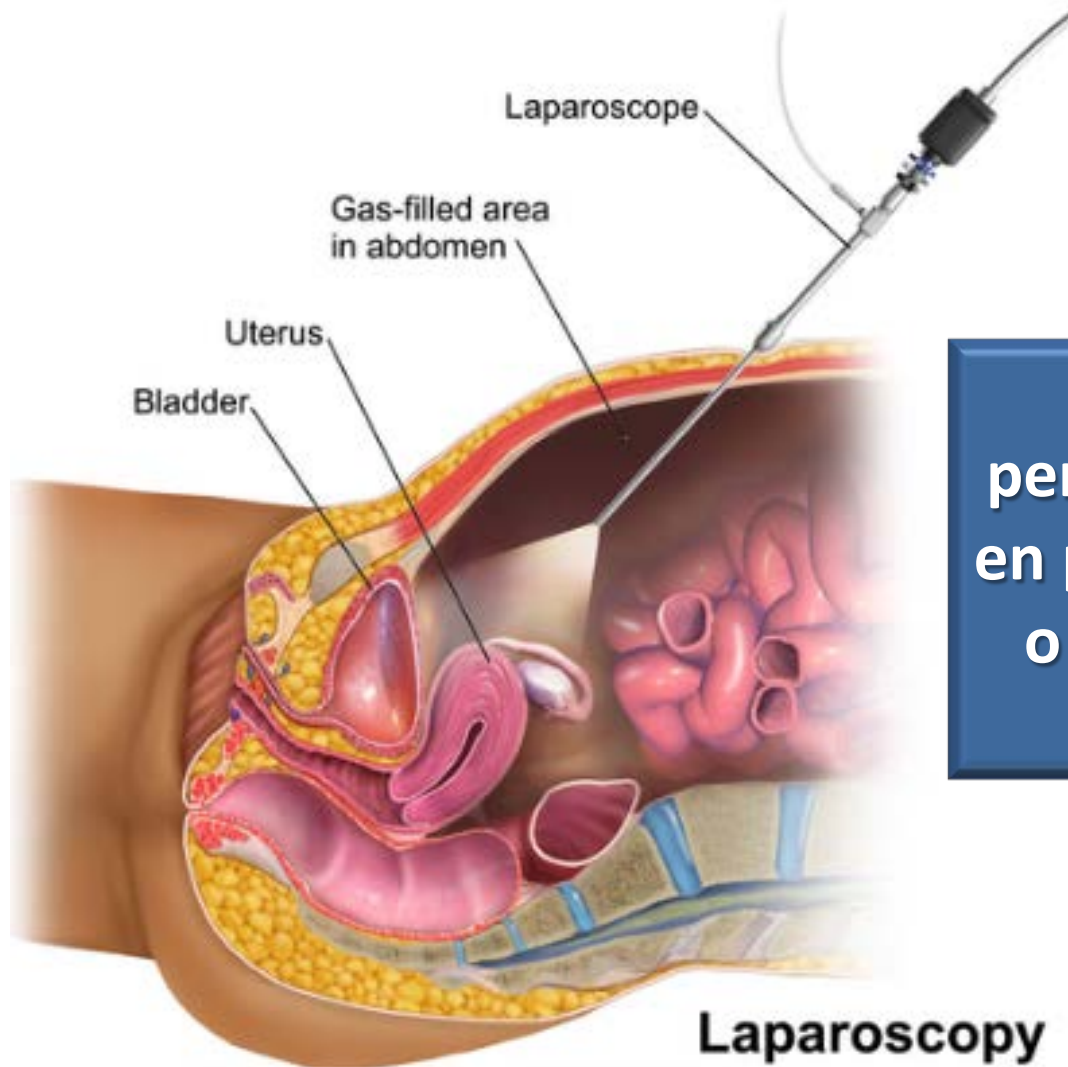


Tumor gástrico



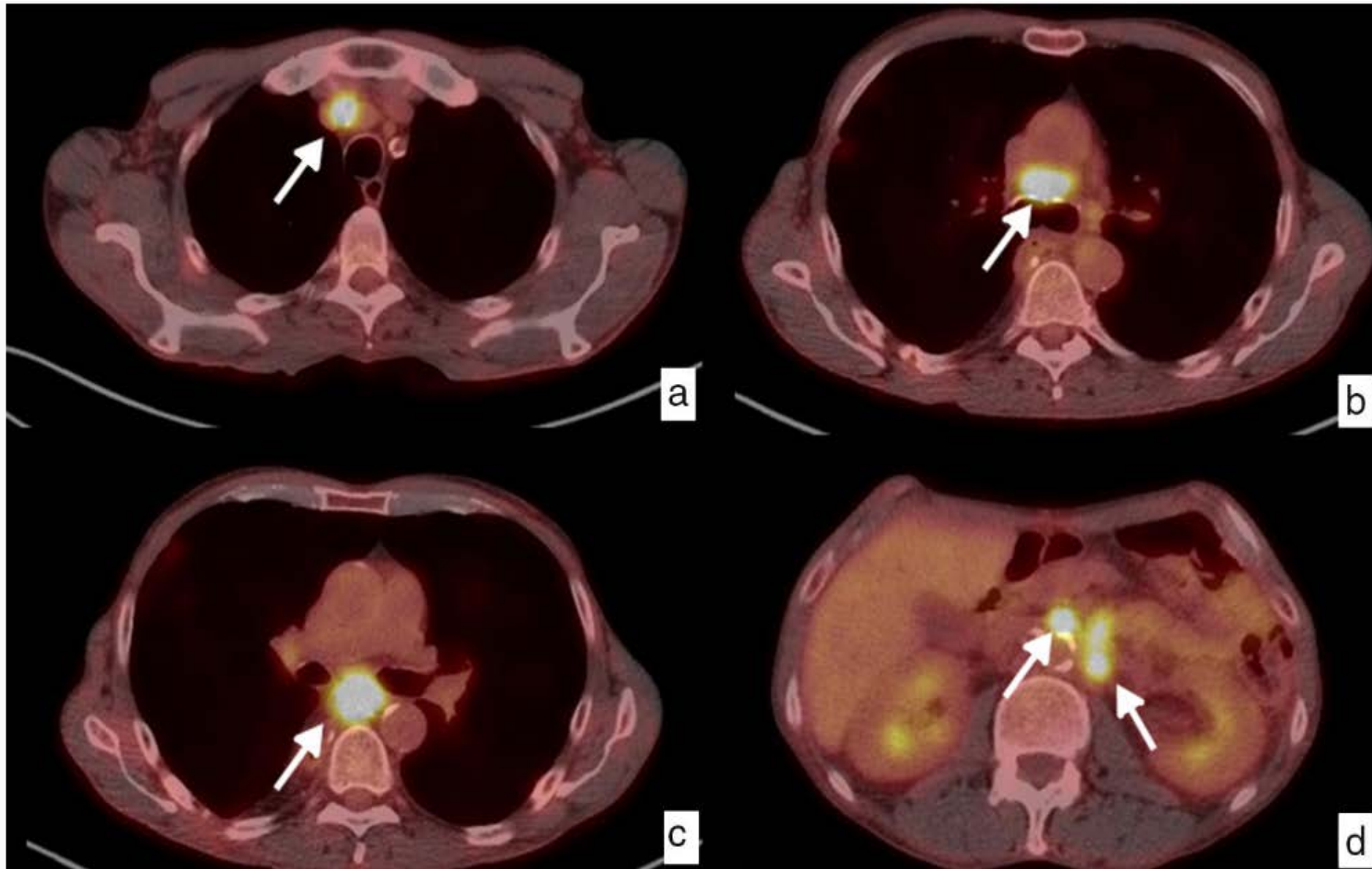
Tumor esofágico

Laparoscopia exploradora: en tumores gástricos y de la unión esófago-gástrica.

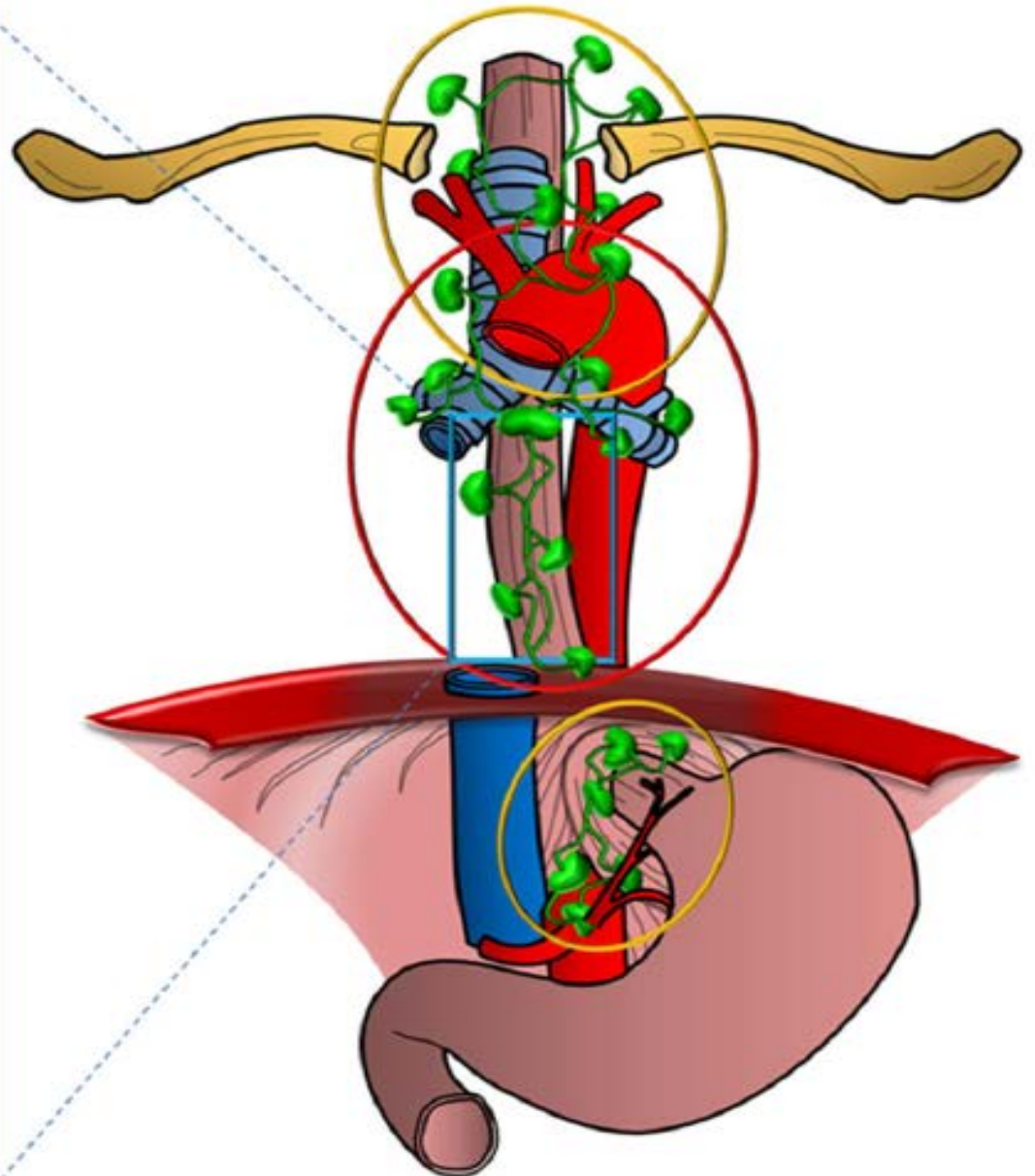
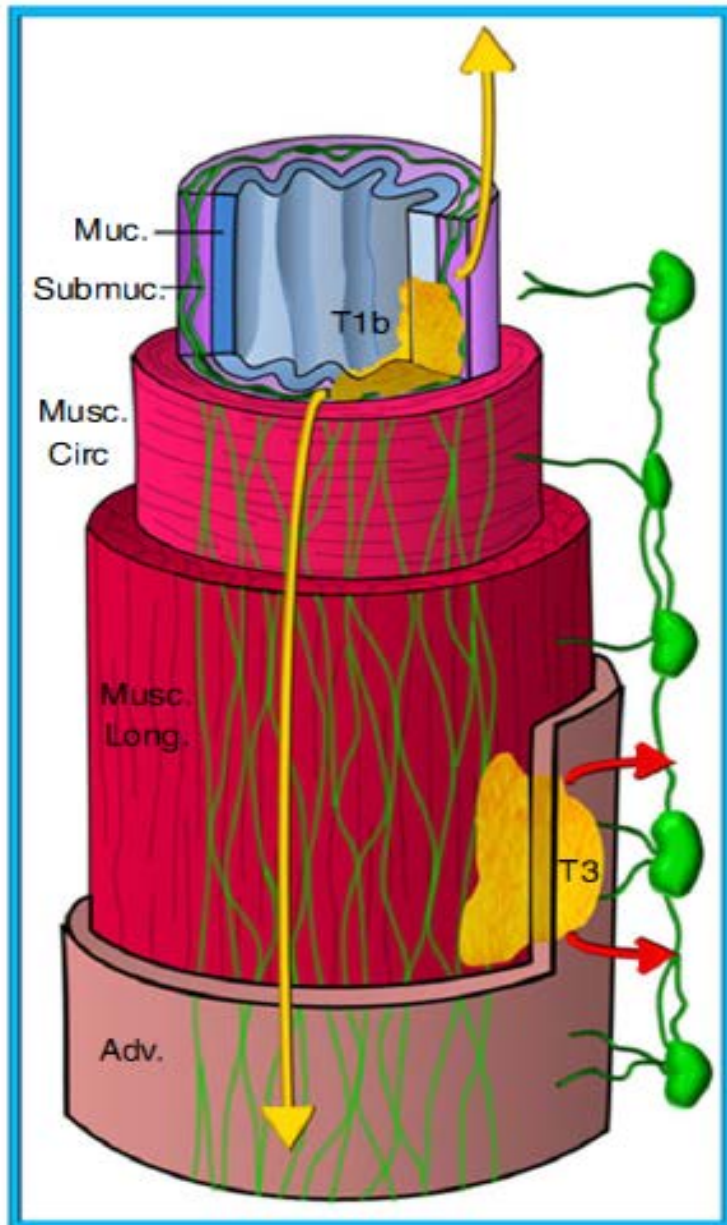


Detecta enfermedad peritoneal no visible en TAC, en pacientes T3-4 de la unión o tumores gástricos en un 15% de los casos.

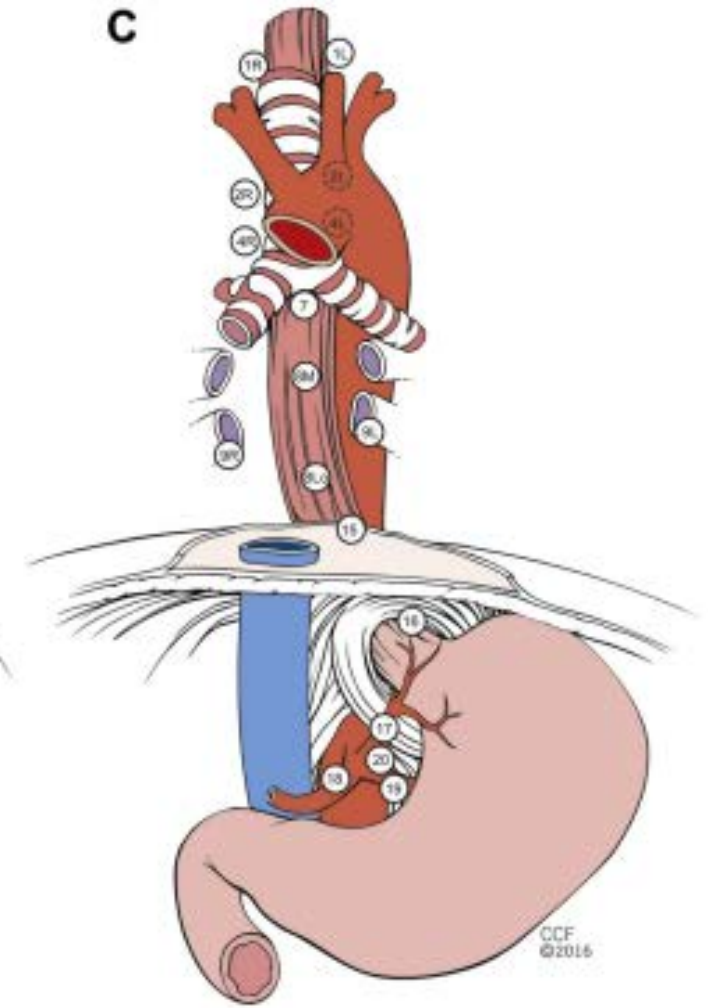
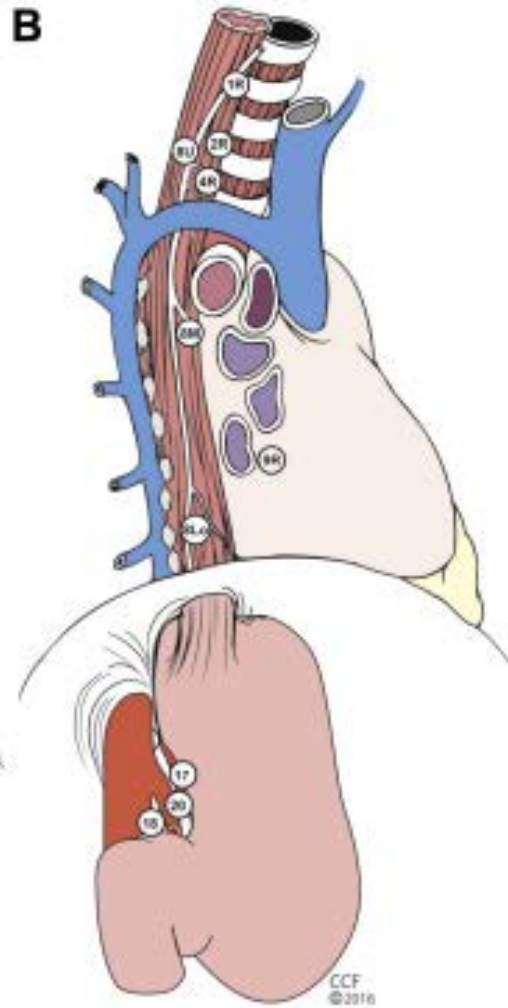
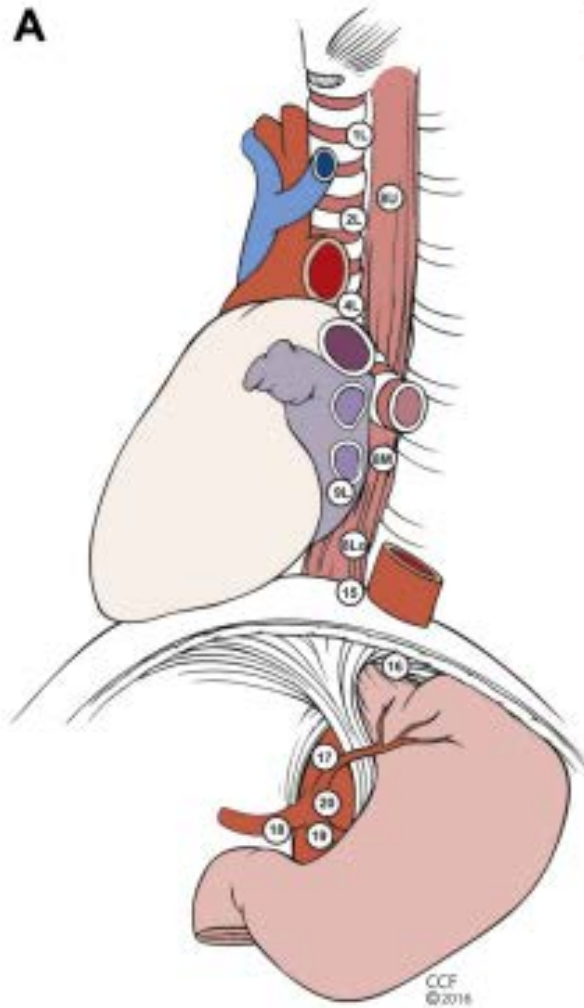
PET/TC Tomografía por emisión de positrones.



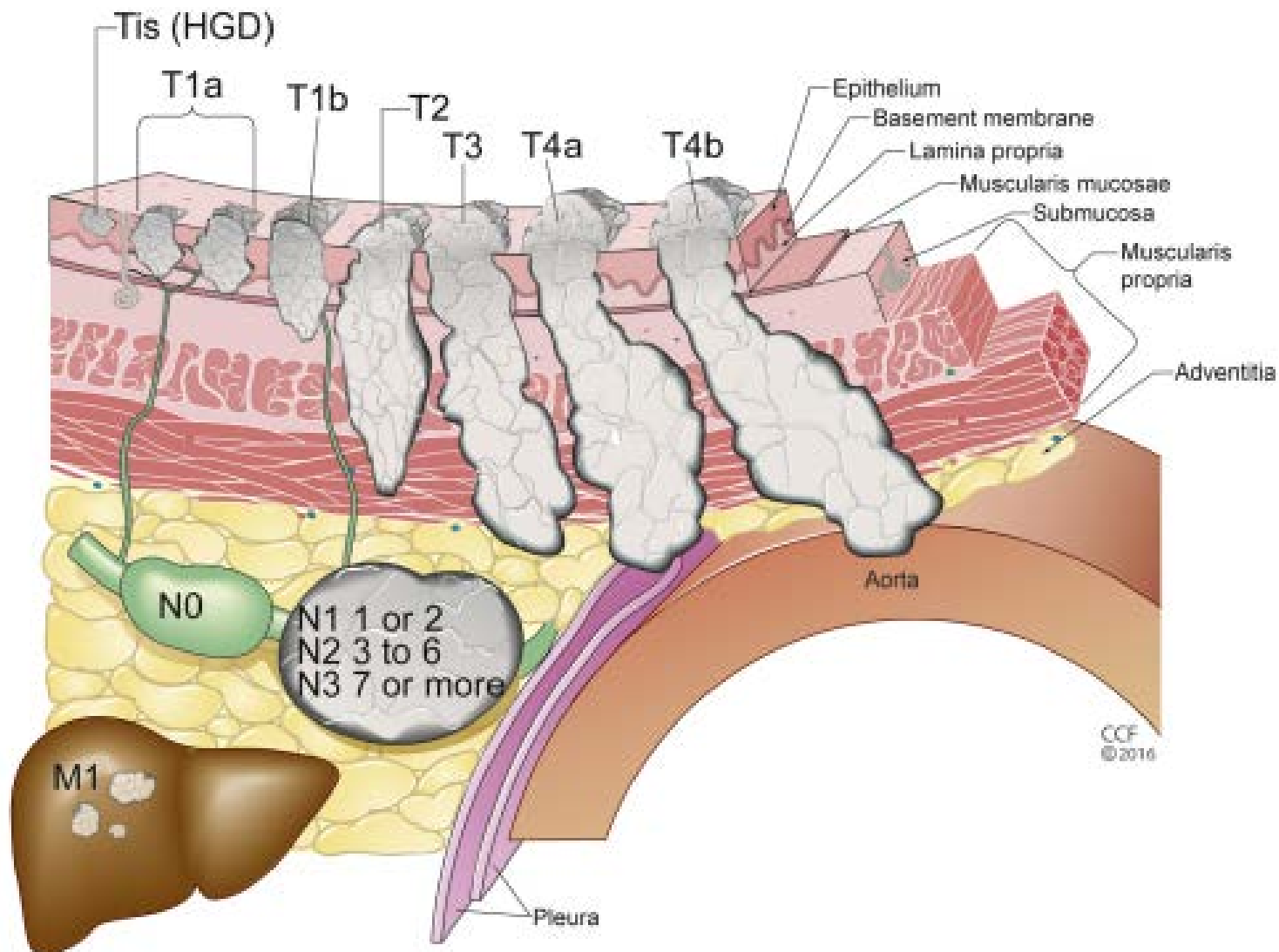
Estadios cáncer de esófago T N M



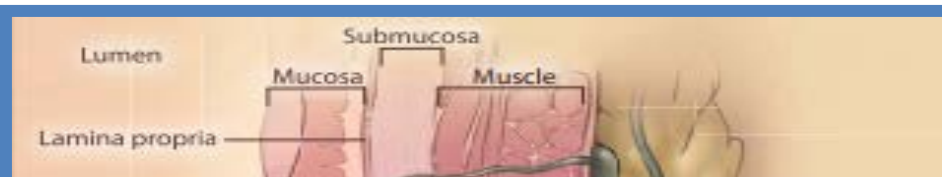
Estadios cáncer de esófago T N M



Estadios cáncer de esófago T N M



Estadios cáncer de esófago T N M



Agrupación por estadios del AJCC (American Joint Committee on Cancer)

Estadio 0 *Tis, N0, M0*

Estadio I *T1, N0, M0*

Estadio IIA *T2, N0, M0* *T3, N0, M0*

Estadio IIB *T1, N1, M0* *T2, N1, M0*

Estadio III *T3, N1, M0* *T4, cualquier N, M0*

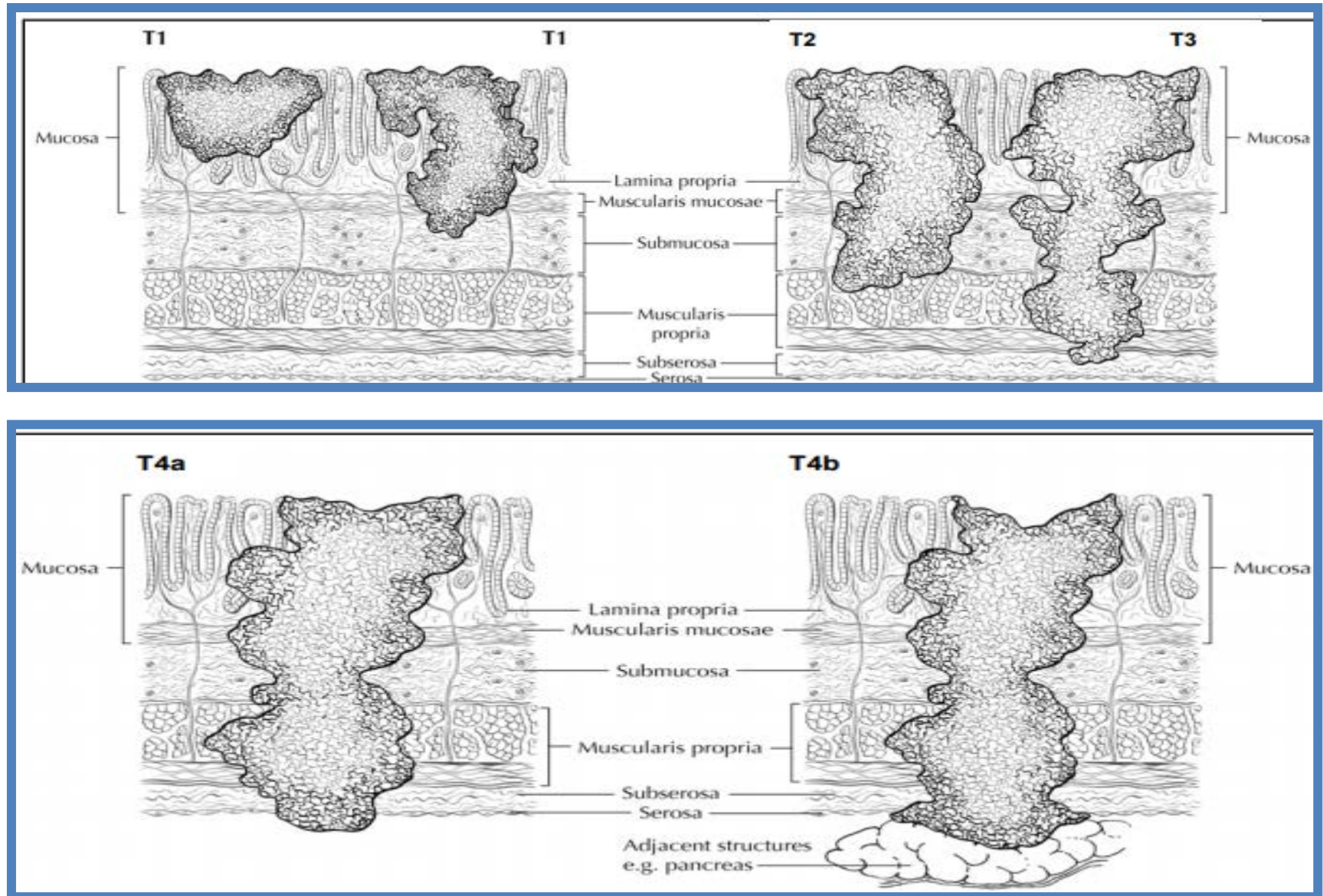
Estadio IV *Cualquier T, cualquier N, M1*

Etapas IVA *Cualquier T, cualquier N, M1a*

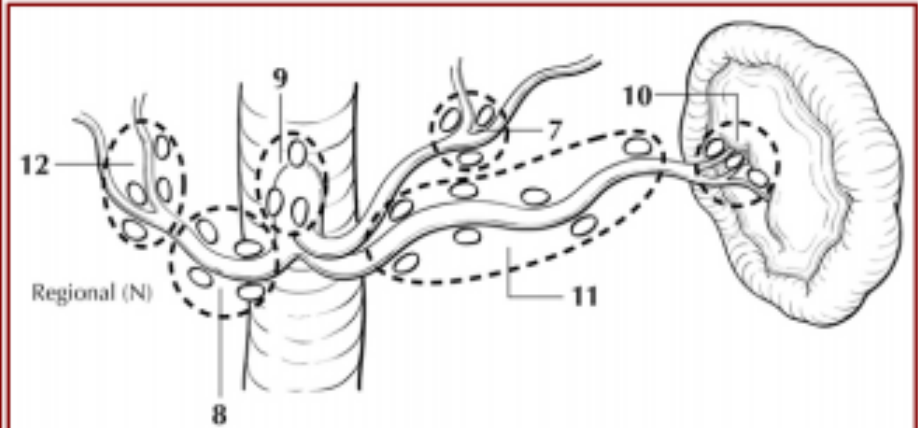
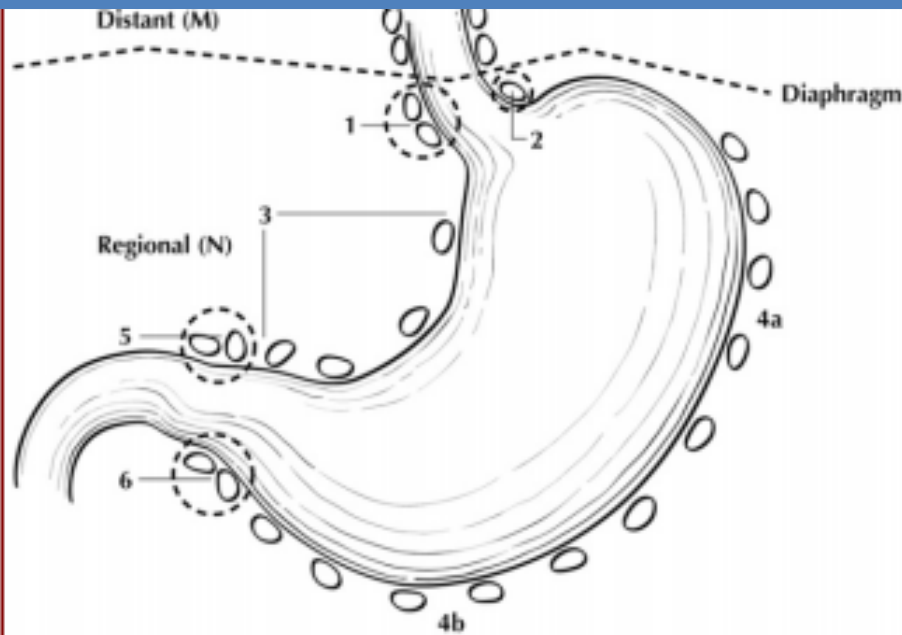
Etapas IVB *Cualquier T, cualquier N, M1b*



Estadios cáncer gástrico T N M



Estadios cáncer gástrico T N M



N1 → 1-2 ganglios regionales
N2 → 3-6 ganglios regionales
N3 → 7 ó más ganglios regionales
N3a 7-15 ganglios.
N3b 16 ó más.

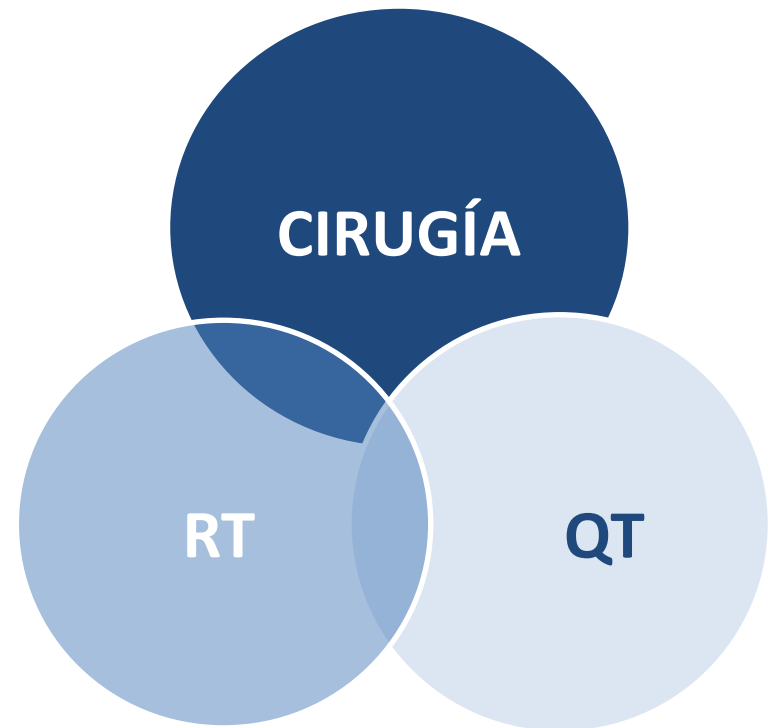
Estadios cáncer gástrico T N M

American Joint Committee on Cancer (AJCC)
TNM Staging Classification for Carcinoma of the Stomach
(7th ed., 2010)

Anatomic Stage/Prognostic Groups

Stage 0	Tis	N0	M0
Stage IA	T1	N0	M0
Stage IB	T2	N0	M0
	T1	N1	M0
Stage IIA	T3	N0	M0
	T2	N1	M0
	T1	N2	M0
Stage IIB	T4a	N0	M0
	T3	N1	M0
	T2	N2	M0
	T1	N3	M0
Stage IIIA	T4a	N1	M0
	T3	N2	M0
	T2	N3	M0
Stage IIIB	T4b	N0	M0
	T4b	N1	M0
	T4a	N2	M0
	T3	N3	M0
Stage IIIC	T4b	N2	M0
	T4b	N3	M0
	T4a	N3	M0
Stage IV	Any T	Any N	M1

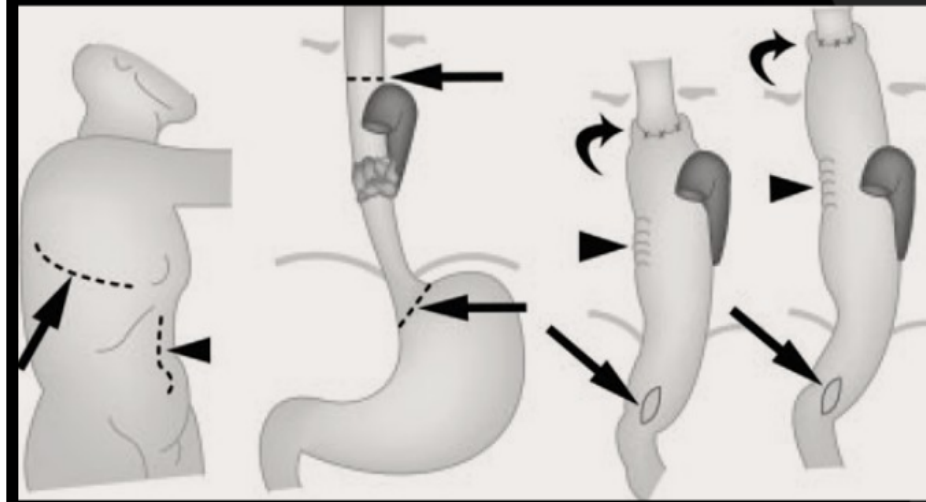
Tratamiento multimodal (comités multidisciplinares)



Cirugía: cáncer esofágica

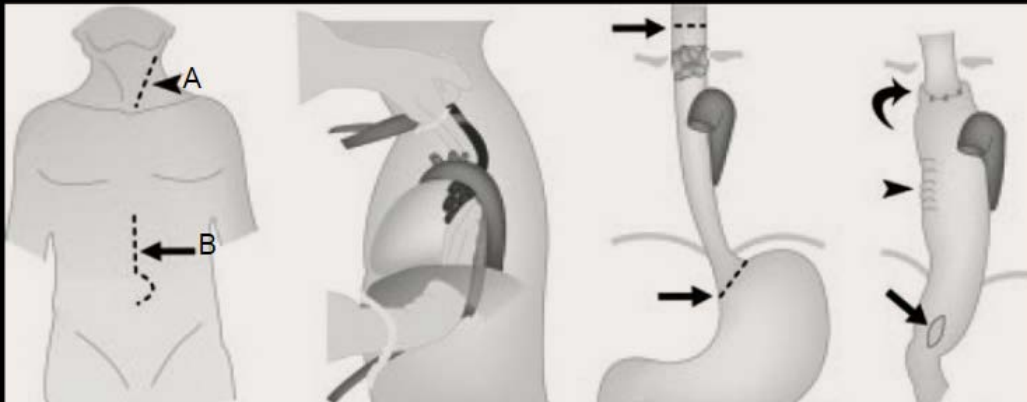
Siempre (salvo T1-2) con un tratamiento preoperatorio de QT-RT

En la unión esofago-gástrica se puede tratar como gástrico QT perioperatoria.



Esofagectomía transtorácica a través de toracotomía derecha: Técnica de Ivor - Lewis.

- entrada por el 5º espacio intercostal/línea media supraumbilical.
- el arco aórtico no limita el acceso al esófago.
- el estómago se tubuliza y se moviliza a través del hiato esofágico.
- mayor campo para linfadenectomía

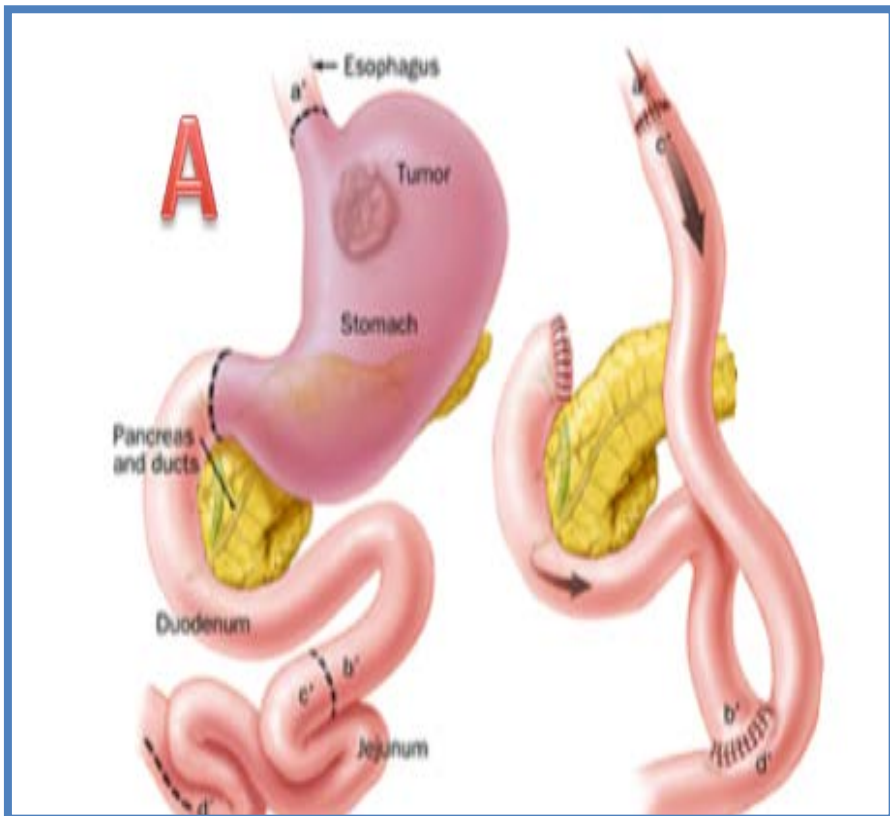


Esofagectomía transhiatal sin toracotomía. Orringer.

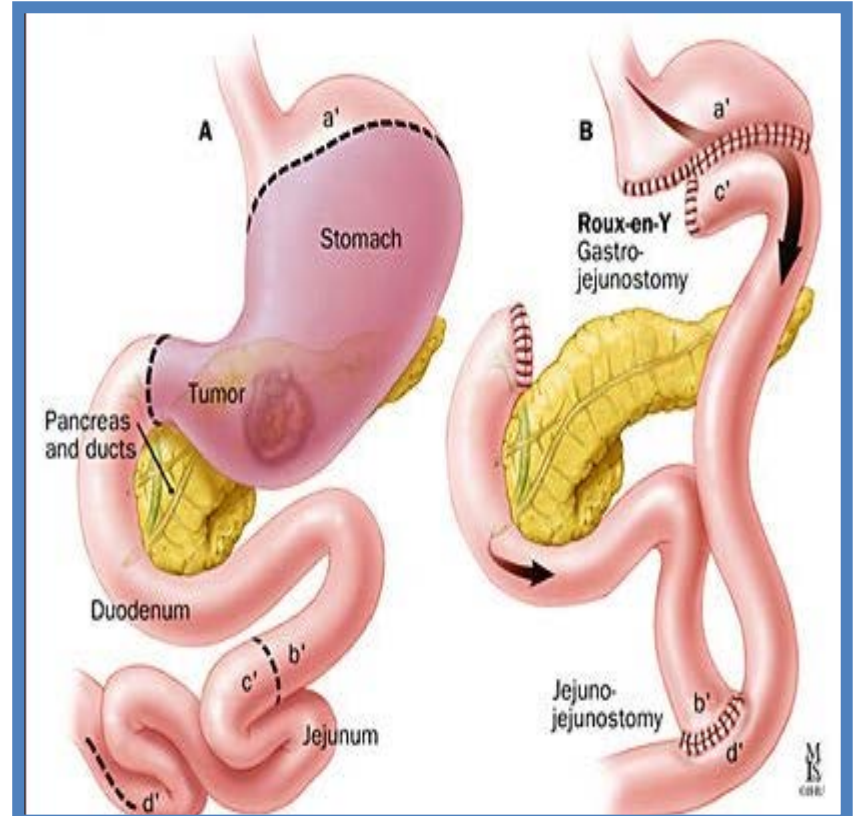
- A- incisión cervical para movilizar el esófago por debajo del arco de la v. álgos.
- B-incisión abdominal para tubulizar estómago

Dos tipos de cirugías:
Transhiatal
Transtorácica.

Cirugía: cáncer gástrico



**Gastrectomía
total**

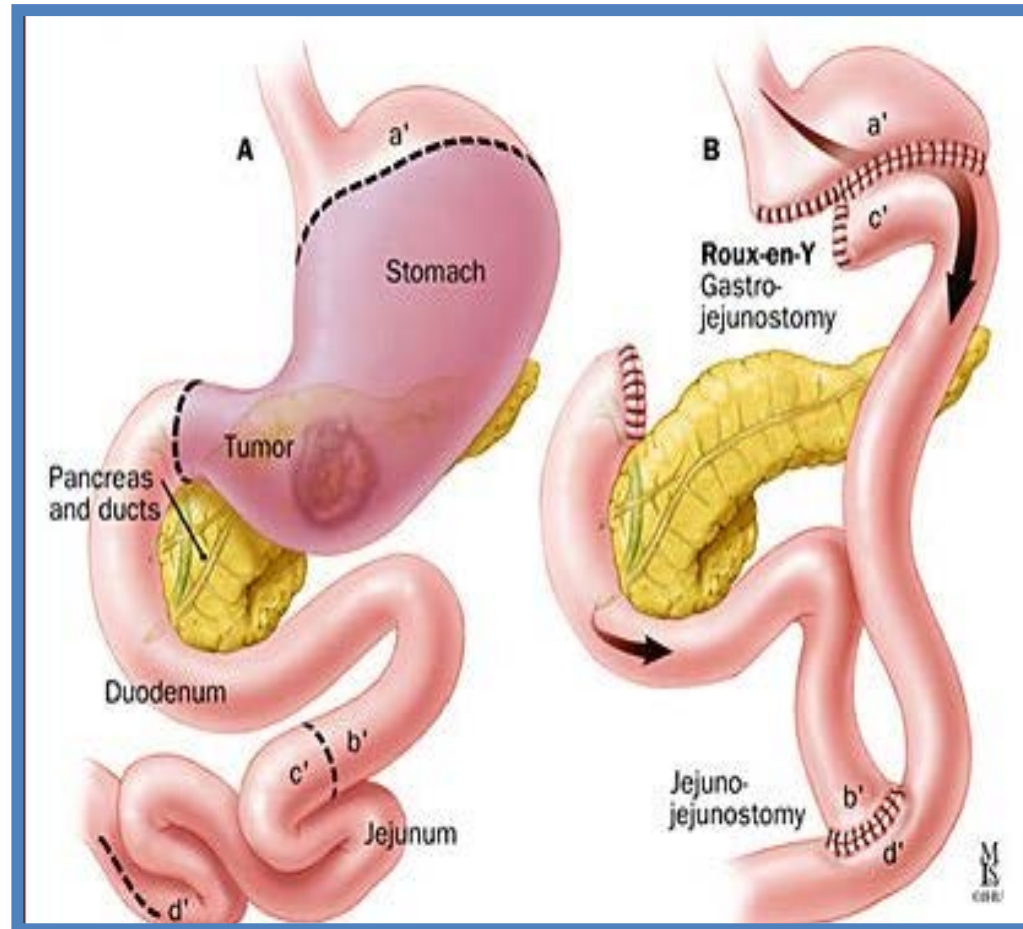


**Gastrectomía
subtotal**

By pass Y de Roux (Gastroyeyunostomía)



Cesar Roux, cirujano Suizo



Cirugía: cáncer gástrico

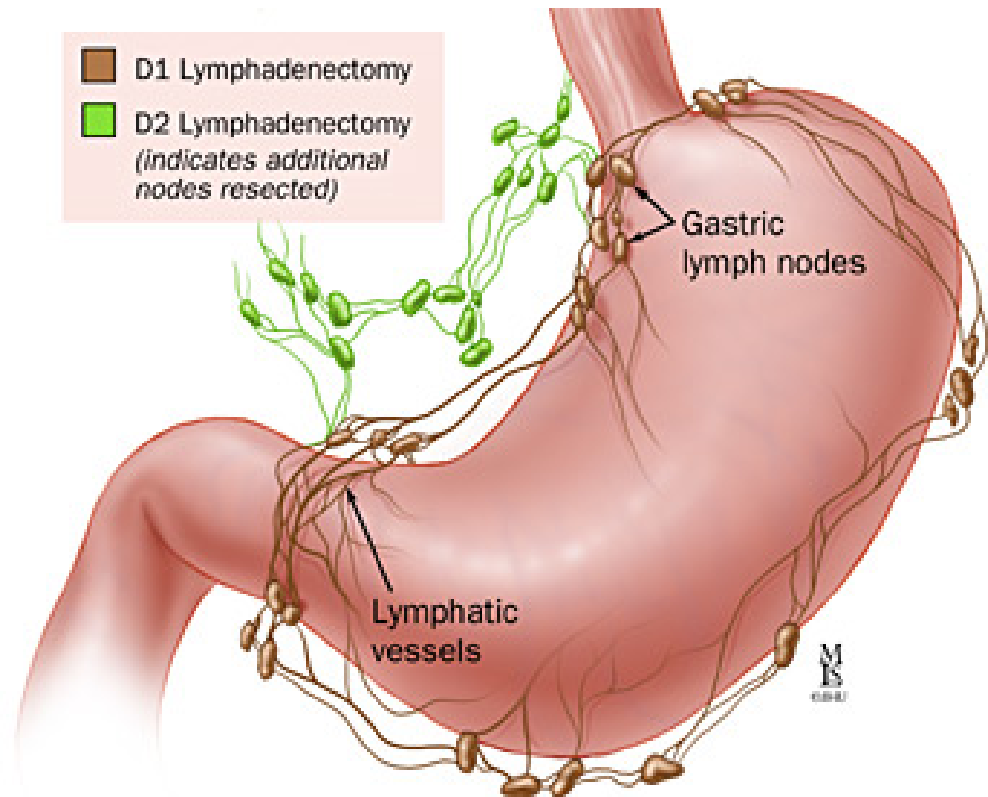
- Gastrectomía subtotal mejor que total.
- Linfadenectomía; ≥ 15 gg aislados (D1+).

**Al menos una D1
(gg perigástricos)**

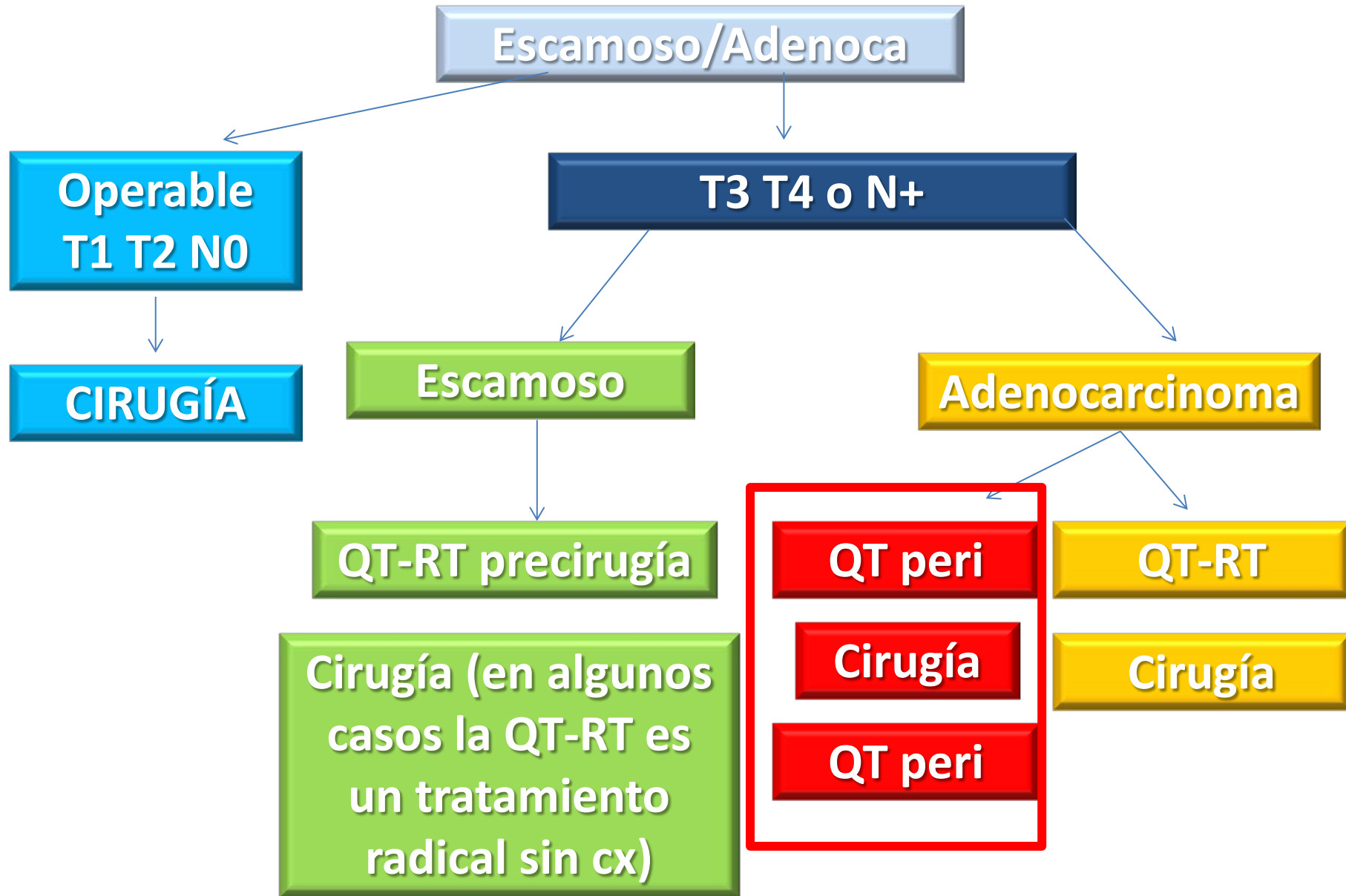
**D2 (gg eje celíaco).
Recomendación.**

Márgenes negativos

No de rutina esplenectomía ni pancreatectomía.



Algoritmo en cáncer esofágico localizado



Algoritmo en cáncer gástrico localizado

Adenocarcinoma

Operable T1 N0

CIRUGÍA

En algún caso
tratamiento
endoscópico.

Operable > T1 N0

QT
perioperatoria

3 ciclos de QT

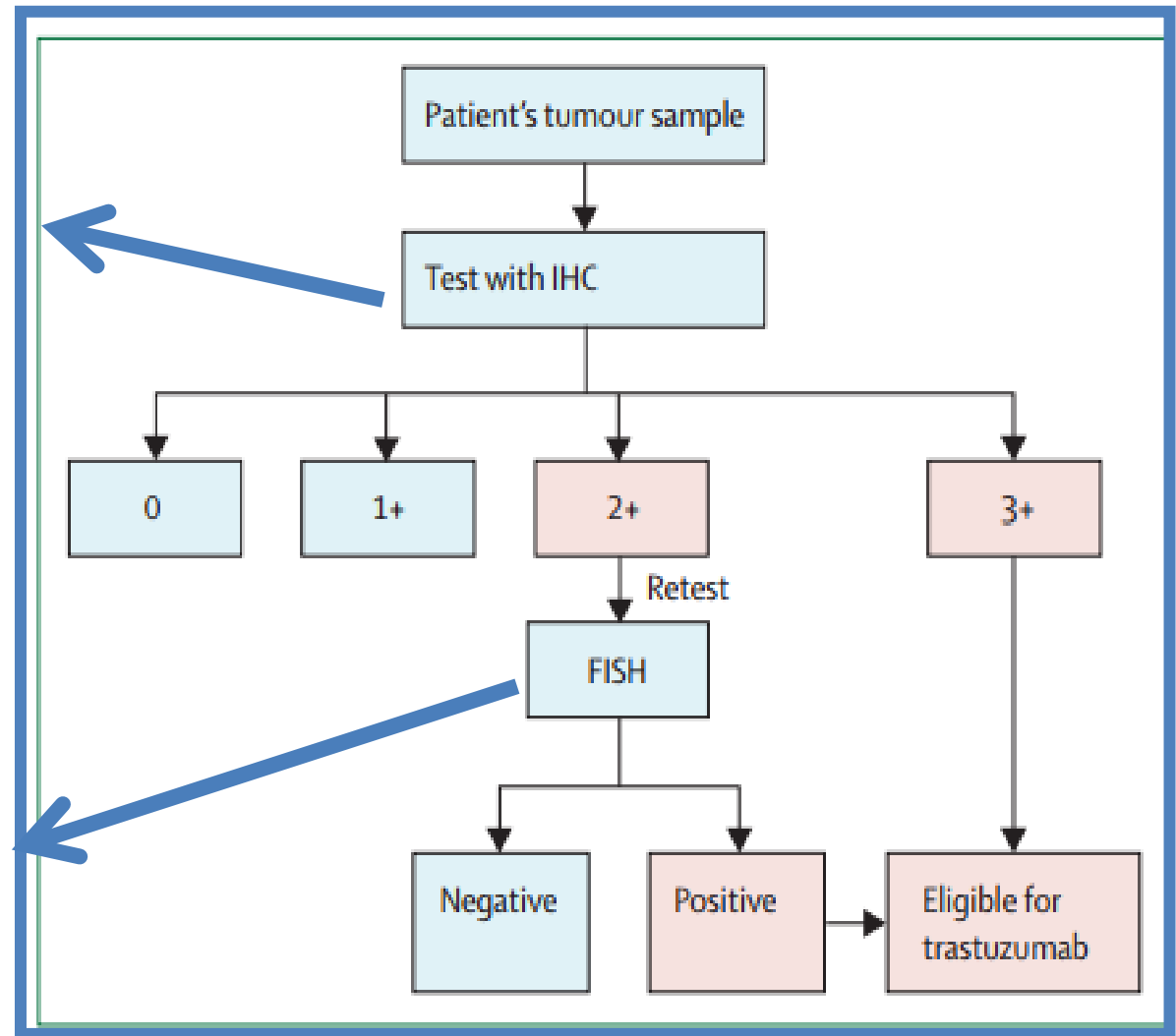
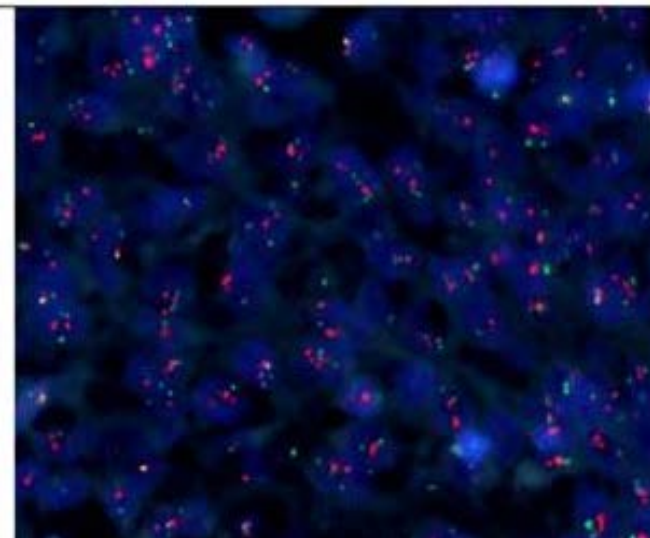
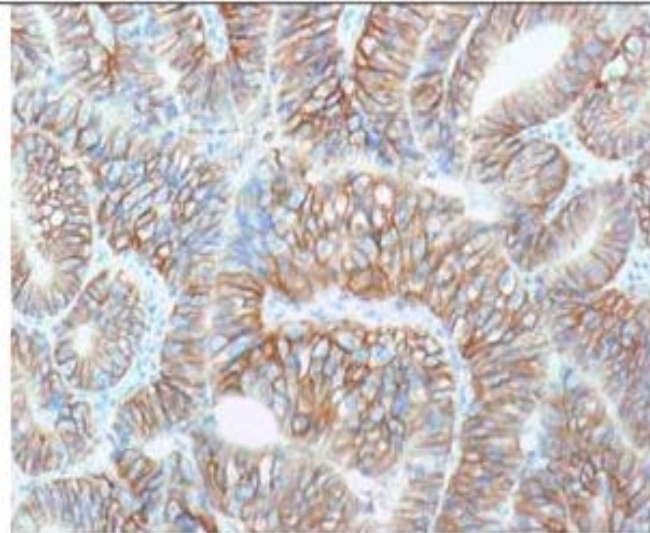
IQ

3 ciclos de QT

Cirugía

QT y RT
adyuvante.

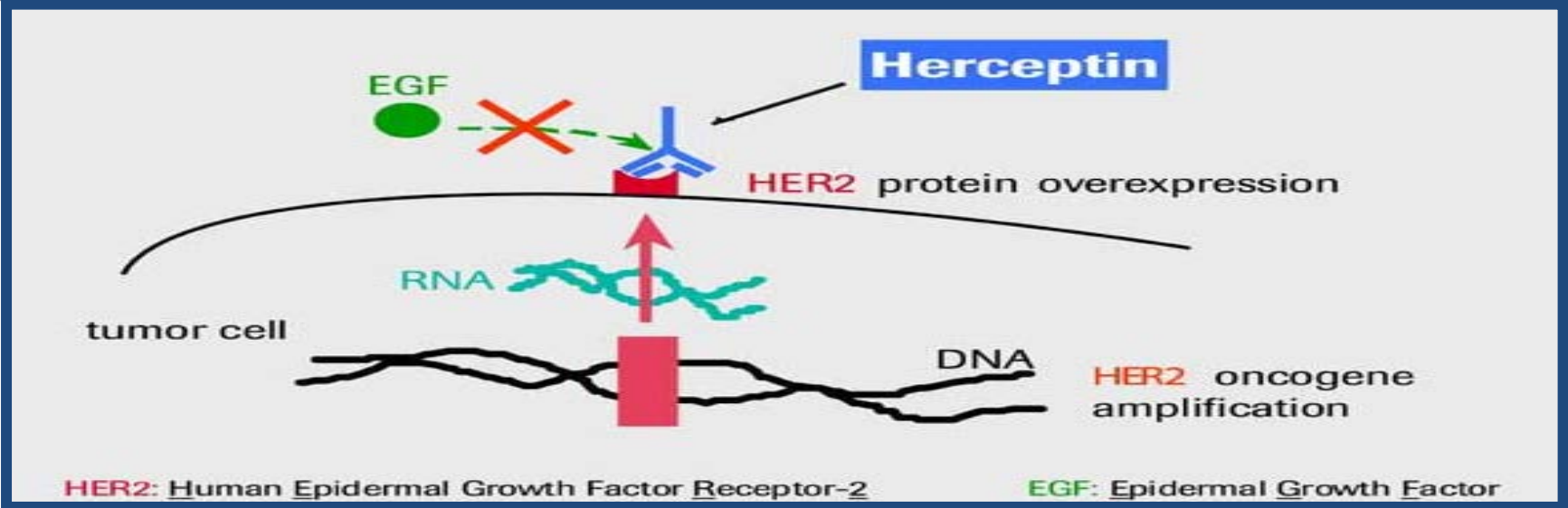
En M1 Adenocarcinoma de la unión esofago-gástrica o Adenocarcinoma gástrico Sobreexpresión/Amplificación HER 2



Tratamiento 1ª línea en M1 en adenocarcinoma gástrico o de la unión esofago-gástrica

-Si HER2 positivo: Esquema con Trastuzumab:

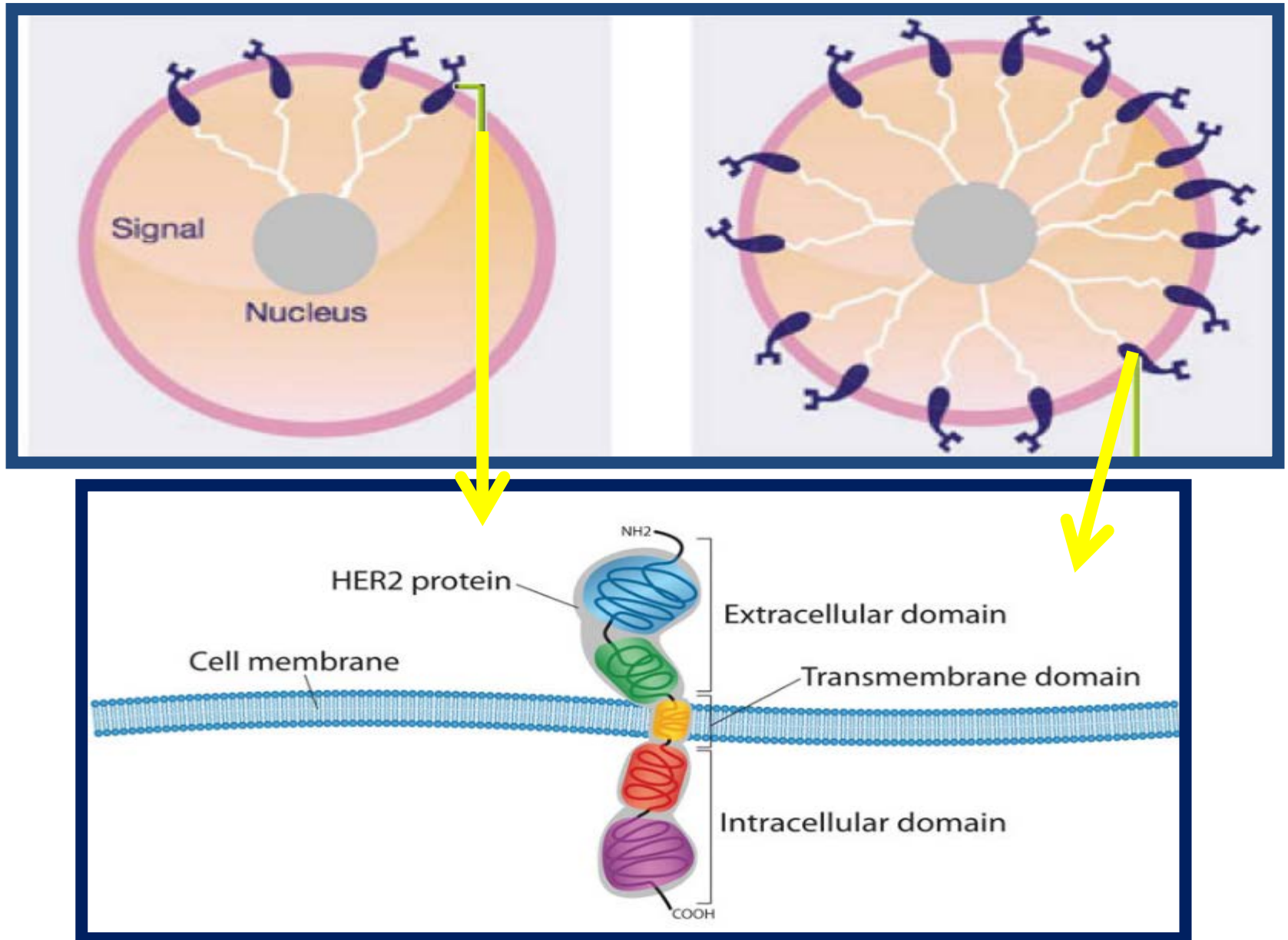
Cisplatino-Xeloda-Trastuzumab ó
Cisplatino-5FU-Trastuzumab ó FOLFOX-Trastuzumab.



-1 de cada 5 tumores van a ser HER2 positivo.

-En el tumor gástrico tipo intestinal 33% vs difuso 8%

HER 2 y Ac monoclonal frente HER2: Trastuzumab

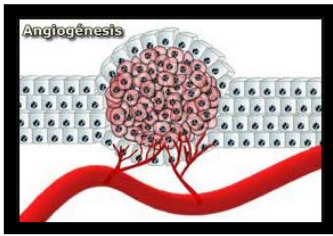


-Si HER2 negativo: distintas opciones:

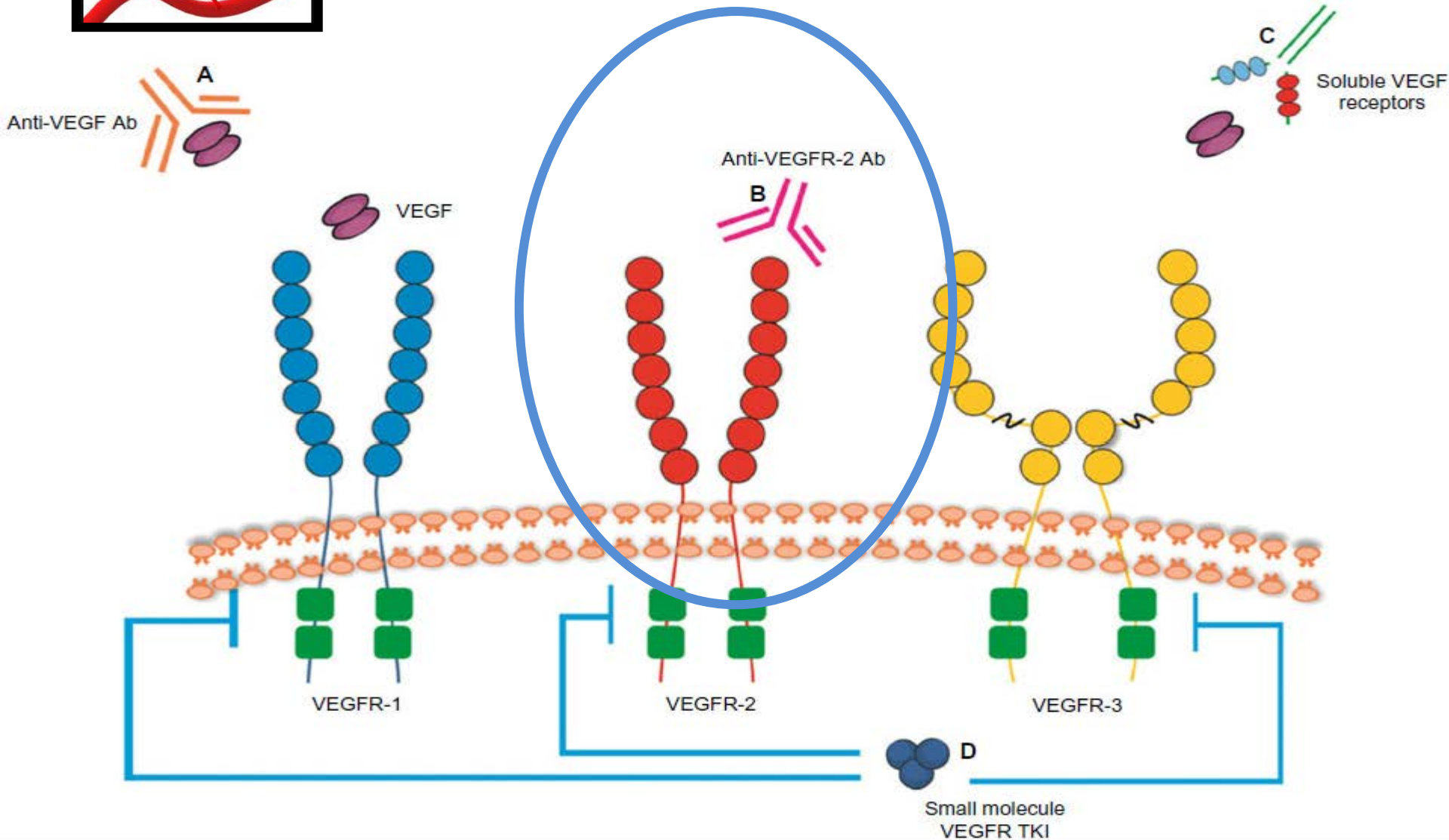
- FOLFOX6m (Platino-5FU/Xeloda).**
- Opciones de tripletes con taxanos.**
- Triplete con antraciclinas (en desuso).**

Tratamiento 2ª línea y sucesivas en M1

- Paclitaxel semanal-Ramucirumab (antiangiogénico).**
- FOLFIRI (irinotecan).**
- Docetaxel.**
- Ensayos clínicos: Hay datos de respuesta a inmunoterapia. Pacientes muy seleccionados.**
- Pembrolizumab/nivolumab.**



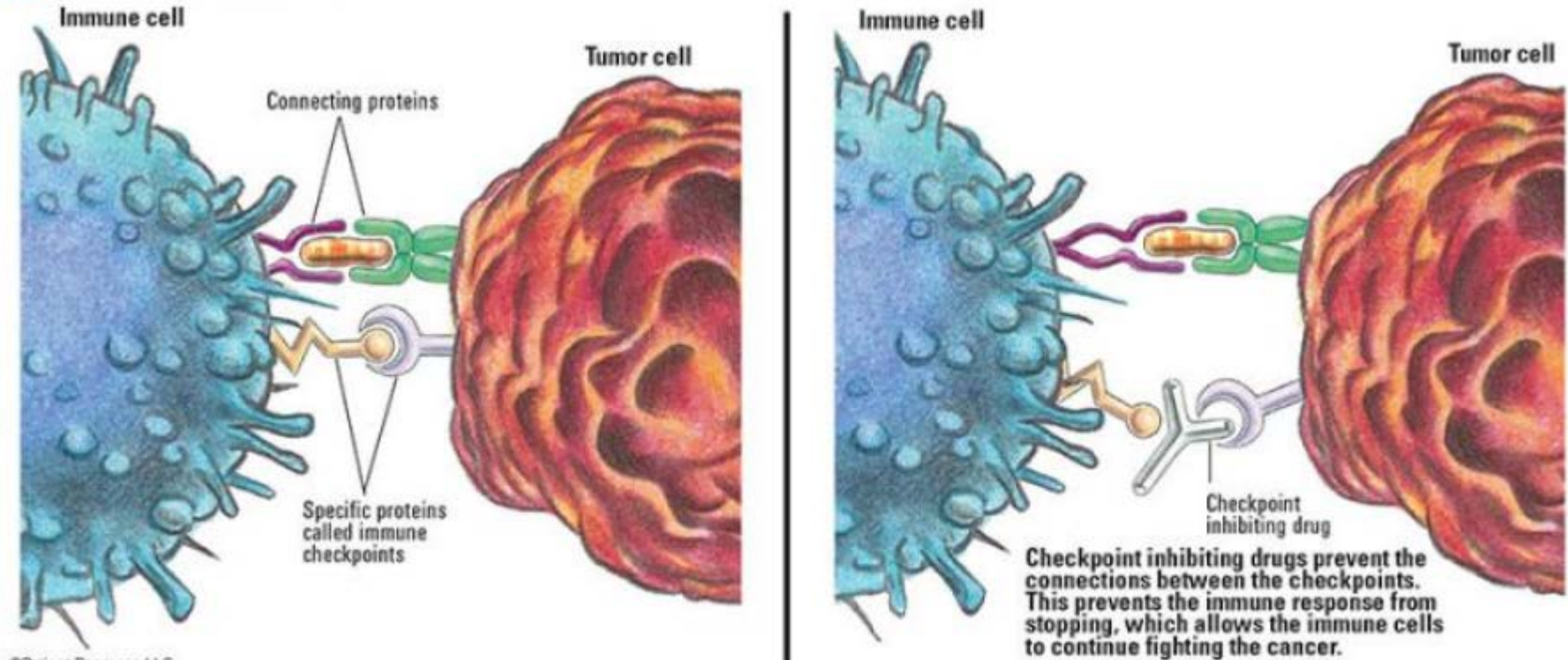
Antiangiogénico: ramucirumab



Reduce la neovascularización tumoral y el crecimiento

Inmunoterapia: anti PD-1 Nivolumab/Pembrolizumab

FIGURE 1
CHECKPOINT INHIBITORS



Eliminar el freno del linfocito T para luchar frente al tumor

descosido

queda prohibido

no sonreír a los problemas,

no luchar por lo que quieres,

abandonarlo todo por miedo,

no convertir en realidad tus sueños.

Pablo Neruda