

TUMORES GASTRICOS

10 mo tumor mas frec en USA.

Tasas mas altas en japon y sudamerica.

Se ha observado un cambio en la localización, antes mas prox y ahora mas distal, lo que ha cambiado su tto.

FR:

Nutricionales:ya que contienen hidrocarburos policiclicos, nitratos,

Ambientales: que favorecen el crec de bacterias.

Medicas: en Billroth II de 15 años de operados. Infecc por H p.

ALT GENETICAS: sobreexpresión de protooncogenes e inactivación de p 53. Igual.

FACT PROTECTORES: fibra y aspirina!

LESIONES GASTRICA PREMALIGNAS:

Pólipos, gastritis atrófica, metaplasia intestinal, por tanto donde hay gastritis por h. pylori si se erradica disminuye la metaplasia y con ello el riesgo a cáncer gástrico.

Úlcera gástrica benigna son las duodenales. Las malignas son las gástricas, x tanto hay q tener con cuidado con las úlceras gástricas benignas q quizá no lo son.

Ca de muñon gástrico.

CLASIFICACION ANATOMOPATOLOGICA:

CLASIFICACION DE BORMANN:

TIPO III tiene peor px.

TIPO IV: tiene el peor px de todos.

CLASIFICACION DE LAUREN

- Tipo intestinal es el mas frec, asociado a g c atrofico que luego da metaplasia y finalmente displasia.
- Tipo difuso 33%. Probable ori genético y mas frec en mujeres.

FRECUENCIA DE TUMORES GASTRICOS:

Malignos el 88% son adenoca

Benignos.

SINTOMATOLOGIA INESPECIFICA EN 1º FASE DE LA ENFERMEDAD:

Epigastralgia va e indigestión: poco especifica, se ttratan 2 mesescon IBP y si no mejoran→ si se prolongan tenemos un caso ya avanzado.

Dolor tipo anginoso que cede con ingesta de alimentos pero no es muy especifico.

Están prox al esófago.

Obstrucción antro pilórica: tumores de localizacon antral.

Sens de saciedad precoz: linitis plástica baja distensión y con poco alimento se sacian.

Hemorragia digestiva: anemia crónica por perdidas continuadas y escasas.

Obstr de colon es raro pero puede suceder.

Sx mas frec: ...

SIGNOS FISICOS SE OBSRVAN TARIDAMENTE Y COINCID CON LA MTX:

Sx exploratorios: se detecta:

Masa abdominal palpable.

Adenopaita supravlavicula palpable

Mtx peritonea palpable

Masa ovárica palpable

Hemorragia crónica.

PRUEBAS DX:

- Por orden de preferencia:
- Endoscopia gastric y biopsia
- Cepillado de la lesion y citología
- Ecoendoscopia para ver el grado de invasión dentro de la pared. Órganos vecinos y linfáticos invadidos o no. A NIVEL LOCOREGIONAL.
- TAC torácico sobre todo en el tercio prox para ver la invasión ganglionar, pared etc. Ascitis, limitación en tumores pequeños menores de medio cm
- PET revela mtx ocultas que no se detectan por el TAC abdominal.
- LAPAROSCOPIA terapéutica y DIAGNOSTICA para ver lesione hepticas y peritoneales q no muestra el tac. Si vemos mtx esperanza de vida es de 6-9 meses.
- ESTUDIO ESOFAGO GASTRO-DUODENAL CON BARIO.
- CITOLOGIA DEL LIQ PERITONEAL si hay diseminación peritoneal con cell tumorales, peor px.
- ANTIGENO CARCINOEMBRIONARIO para ver tras cirugía si hay recidiva del tumor.

GRADO DE PENETRACION EN PARED GASTRICA:

T3 llega hasta adventicia pero no llega a estructura contiguas.

ESTADIFICACION TNM AJCC O2

Hay una subdivision del T2, la mayor parte se detectan en estadios es 2, 3 y 4.

LOCALIZACION ANATOMICA Y TIPO HISTOLOGICO.

Las de tipo intestinal tiene mejor px.

....

TTO:

El drenaje venoso va todo al sistema portal de allí que hace mtx hepáticas!!!

TTO QX:

TUMORES G. PROXIMALES: Gastrectomía total y lifadectomia regional.

T. G. DEL 1/3 MEDIO:

En ambas: Gastrectomía total + Esófago yeyunostomia

T G DISTAL: podemos mantener el fundus. Gastrectomia subtotal en Y ROUX.

DRENAJE LINFÁTICO:

GASTRECTOMIA;

Despegamiento del ligamento gastrocólico

Sección de art

Sección y ligadura de ar pilórica

Sección del duodeno

Dissección de ep menor

Sección de a g izquierda

Sección estómago.

SUBGÁSTRICA: Del tumor al margen 5 cm.

Imagen de vivo: En duodeno solo se deja 2 cm porque rara vez traspasa el píloro y de arriba solo 7 cm.

ESTACIÓN GANGLIONÁREA DE CA GÁSTRICO

N1 son los perigastricos en curvatura menor y en curvatura mayor. De cadena 1 hasta la 6.

N2 corresponde a la coronaria o gástrica izquierda, esplénica, etc.

De allí que tenemos dos tipos de resección D1 Y D2.

ANTES: linfadenectomía de cadenas ganglionares 10 y 11 con esplenopancreatectomía distal

AHORA: linfadenectomía sin dejar diabético al enfermo.

LINFADENECTOMÍA EN ADENOCARCINOMA GÁSTRICO. EN JAPÓN.

MANEJO POST OPERATORIO: pueden iniciar tolerancia a líquidos, al alta hacer 6 comidas al día,

SEGUIMIENTO con analíticas y marcadores tumorales.

RECIDIVA LOCOREGIONAL

Quimiorradioterapia pre y post mejora la supervivencia a 5 años.

TTO PALIATIVO:

Estadio IV no se hace cirugía.

No se recomienda gastrectomía total o esófago.

Paliación de la hemorragia u obstrucción gástrica.

En este caso solo se hace una yeyunostomía.

LINFOMA GÁSTRICO.

TTO: QT Y RT es similar en ambos.

RT es la menos usada.

PROTOCOLO: con respuesta del 80% cuando había recidiva.

SARCOMAS GASTRICOS:

Se orina en las cell de cajal

Presentación clínica y dx

Estadificacion: histologiacament se analiza el índice mitótico,suelen ser benignos 80% del total.

En las mutaciones del c kit son de prediominio maligno aunq hay algunos casos que no mtx.

TTO:

En caso de recidiva se hace cirugía de rescate,

Indice de mal px o malignidad, indic mitótico.

Tto medico es el glivec.