

REPÚBLICA DE COLOMBIA



RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO TRIBUNAL SUPERIOR DE DISTRITO JUDICIAL DE VALLEDUPAR SALA DE DECISIÓN CIVIL-FAMILIA-LABORAL

JHON RUSBER NOREÑA BETANCOURTH
Magistrado Sustanciador

AUTO DE SUSTANCIACIÓN CIVIL

21 de junio de 2022

“TRASLADO AL NO RECURRENTE DE LA SUSTENTACIÓN DEL RECURSO DE APELACION”

RAD: 20-001-31-03-005-2016-00191-02 Proceso Verbal – Responsabilidad Civil Extracontractual promovido por SHIRLEY ESTHER BAQUERO PEDROZO y otros contra CLINICA LAURA DANIELA Y OTROS.

Atendiendo a lo reglado en la ley 2213 del 13 de junio 2022¹, por medio de la cual se establece la vigencia permanente del decreto legislativo 806 de 2020 y se adoptan medidas para implementar las tecnologías de la información y las comunicaciones en las actuaciones judiciales, agilizar los procesos judiciales y flexibilizar la atención a los usuarios del servicio de justicia y se dictan otras disposiciones, se tiene que:

Mediante auto del 16 de mayo de 2022, notificado por estado electrónico del día 17 de mayo de 2022, se corrió traslado por el termino de 5 días a la parte recurrente, para sustentar el recurso de apelación, realizándolo en debida forma de conformidad con la constancia secretarial del 31 de mayo de 2022, escrito que se anexa al presente auto para conocimiento del no recurrente.

En razón de lo anterior, se hace procedente dar aplicación al artículo 12 de la ley 2213 del 13 de junio de 2022

Así las cosas, el despacho:

RESUELVE:

Artículo 12 Apelación de sentencias en materia Civil y Familia. El recurso de apelación contra sentencia en los procesos civiles y de familia se tramitará así:

(...)

Ejecutoriado el auto que admite el recurso o el que niega la solicitud de pruebas, el apelante deberá sustentar el recurso a más tardar dentro de los cinco (5) días siguientes. De la sustentación se correrá traslado a la parte contraria por el término de cinco (5) días. Vencido el término de traslado se proferirá sentencia escrita que se notificará por estado. Si no se sustenta oportunamente el recurso, se declarará desierto

PRIMERO: CORRER TRASLADO del escrito de sustentación del recurso de apelación presentado por la parte recurrente por el término de cinco (5) días contados a partir del día siguiente de la notificación por estado del presente proveído.

SEGUNDO: En caso de existir pronunciamiento respecto de la sustentación deberá allegarse por escrito, dentro del término señalado, al correo electrónico de la Secretaría de la Sala Civil, Familia, Laboral del Tribunal Superior del Distrito Judicial de Valledupar, Cesar secscftsvpar@cendoj.ramajudicial.gov.co. se entenderán presentados oportunamente si son recibidos antes del cierre de la Secretaría del día en que vence el término, es decir, antes de las seis de la tarde (6:00 p.m.) de conformidad con el inciso 4º del artículo 109 del CGP aplicable por remisión normativa en materia laboral.

TERCERO: PONGASE A DISPOSICIÓN de los apoderados la página web <http://www.tsvalledupar.com/procesos/notificados/> a través del módulo procesos, encontrará adicional a las providencias proferidas en esta instancia los estados correspondientes, además del proceso digitalizado y los audios de las audiencias surtidas en primera instancia; para obtener clave de acceso comunicarse vía WhatsApp al número 3233572911

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE

SIN NECESIDAD DE FIRMAS

(Art. 7, Ley 527 de 1999, Arts. 2 Inc. 2,

Ley 2213 de 2022; Art 28;

Acuerdo PCSJA20-11567 CSJ)

JHON RUSBER NOREÑA BETANCOURTH

Magistrado Ponente

Alegatos de conclusión Shirley Baquero P vs Clinica Laura Daniela
200001310300520160019101

VICTOR PONCE PARODI <victorponce7@hotmail.com>

Vie 20/05/2022 16:45

Para: Secretaria Sala Civil Familia Tribunal Superior - Seccional Valledupar <seccsftsvpar@cendoj.ramajudicial.gov.co>

Señor(a)
Secretario(a)
Tribunal Superior de Distrito Judicial
de Valledupar
E.S.D.

De manera atenta me dirijo a su despacho con el fin de manifestarle que, en archivo adjunto, estoy radicando alegatos de conclusión en el proceso de la referencia. Solicito se certifique recibido.

98

VICTOR PONCE PARODI
Abogado
Responsabilidad civil y del Estado
Psicología Forense y Criminal
victorponce7@hotmail.com
3017634520

SEÑORES
MAGISTRADOS
TRIBUNAL SUPERIOR DE DISTRITO
JUDICIAL DE VALLEDUPAR
Valledupar Cesar
E. _____ S. _____ D.

Ref:- proceso declarativo promovido **Shirley Baquero Pedrozo** y otros contra **CLINICA LAURA DANIELA** Rad. 200001310300520160019101

VICTOR PONCE PARODI, abogado en ejercicio, actuando en mi condición de apoderado de la parte actora, de manera atenta concurro a su despacho con el fin de poner a consideración de es Corporación Judicial, los argumentos que sustentan el recurso de apelación, lo cual me permito realizar de la siguiente manera:

I.- La sentencia impugnada ignoró que la ips demandada realizó u diagnostico tardía de la patología que padecía el paciente, lo cual condujo a que se perdiera la oportunidad de un tratamiento oportuno que prolongara la vida del paciente.

Del análisis conjunto y sistemático del acervo probatorio se puede concluir que la clínica demandada incumplió su deber de prestar el servicio médico adecuado y oportuno que establece la ley, como deber profesional de la demandada.

Los hechos:

1.- Luego de tres días de padecer un dolor abdominal, el Señor José Leonardo Toro Beleño acudió al servicio de urgencia de la Clínica Laura Daniela, el día 4 de septiembre de 205, a las tres y treinta de la tarde.

El diagnostico erróneo de la Clínica tratante fue Gastritis aguda y Dispepsia.

A las diez de la noche le dio de alta al paciente, no antes hacer constar que el paciente había realizado múltiples consultas.

El primer error en que incurrió la clínica demandada fue no realizar una endoscopia digestiva. Para el caso del dolor abdominal agudo, la literatura medica indica la necesidad de practicar exámenes de imágenes diagnosticas, las cuales están previstas en la guía de manejo del dolor abdominal:

Radiografía tórax Defensa abdominal generalizada (abdomen en tabla), solicitarlo en posición vertical. • Radiografía simple del abdomen Sospecha de obstrucción intestinal. • Ecografía específica para la zona en estudio según sospecha clínica. • Dolor en hipocondrio derecho y epigastrio: ecografía hepatobiliar. • Dolor en hemiabdomen inferior en mujeres: ecografía pélvica Es importante tener en cuenta que para los hombres con dolor abdominal y sospecha de apendicitis, la ecografía no se indica en la presente guía, y se debe solicitar interconsulta al cirujano general. • Tomografía axial computarizada (TAC) Debe ser solicitada por el cirujano de turno en el Servicio de Urgencias, según su criterio y después de evaluar al paciente, nunca debe ser solicitada telefónicamente.

*Guía de manejo de dolor abdominal en la Clínica del Country Revisado por: Juan Manuel Gutiérrez Cruz, MD**; Mauricio Basto Borbón, MD*** * Cirujano general y vascular. Director Médico, Clínica del Country. ** Urgenciólogo. Jefe de Urgencias,*

VICTOR PONCE PARODI
Abogado
Responsabilidad civil y del Estado
Psicología Forense y Criminal
victorponce7@hotmail.com
3017634520

*Clinica del Country. *** Cirujano general, Coordinador de Urgencias, Clínica del Country. <https://revistamedicacountry.com/app/default/files-module/local/documents/Guia-de-manejo-de-dolor-abdominal-en-la-clinica-del-country.pdf>*

De tal manera que, se insiste, el error inicial de la clínica tratante fue no haber realizado una endoscopia digestiva y/o una radiografía de torax.

Tres después, es decir, seis días desde que apareció el dolor abdominal agudo, el Señor Toro Beleño consulto nuevamente por urgencia (7 de septiembre de 2015), presentando el mismo cuadro clínico, con más de quince días de evolución. Ese mismo día 7 de septiembre de 2015, se reincide en el mismo diagnóstico erróneo : "dolor abdominal en estudio y gastritis aguda. Ya para el día 9 de septiembre el diagnóstico persiste, **y aun no se ordena las pruebas diagnósticas indicada (endoscopia digestiva, radiográfica de tórax, etc.). Con posterioridad se ordena la prima prueba, un examen de gastro duodenoscopia.**

El día 15 de septiembre se lee el examen practicado con diagnóstico de gastritis erosiva.

Solo el día 17 de septiembre de 2015, se diagnostica: síndrome pilórico, cáncer gástrico.

Es decir, que el diagnóstico acertado solo se produjo 13 días después del ingreso del paciente a la clínica tratante, lo cual, en una enfermedad altamente progresiva, como el cáncer gástrico, es un verdadero diagnóstico tardío.

La sentencia impugnada adolece de graves errores apreciación probatoria y hermenéutica de las reglas que regulan el régimen de responsabilidad civil contractual y extracontractual y específicamente la línea jurisprudencial sobre el tema de la responsabilidad médica por diagnóstico tardío; la parte demandante se permite plantearle al superior funcional la siguiente tesis consecuente u orientada a servir de argumento sustentatorio del recurso de apelación:

I.- La parte demandada, Clínica Laura Daniela, desde el momento mismo que tuvo conocimiento de **la sospecha de un cáncer gástrico**, comprendió, y así lo entendió, que se trataba de un cuadro clínico complejo y desde ese punto de vista también dejó entrever que no era capaz de darle un manejo adecuado a ese cuadro clínico, esa fue la razón fundamental por la cual la parte demandada, Clínica Laura Daniela, tomó la determinación de remitir al paciente **JOSE LEONARDO TORO BELEÑO**, a cuarto nivel. El hecho de que, posteriormente a esa remisión haya realizado una laparotomía exploratoria con el fin, no de abordar el diagnóstico que estaba tratando de definir si no de resolver un problema de obstrucción intestinal y corregir una situación que podría afectar los niveles nutricionales del paciente, obligaba la parte demandada a continuar con el trámite correspondiente a la remisión del paciente a cuarto nivel de atención; por ninguna parte la parte actora se orientó a argumentar y demostrar que la remisión a cuarto nivel era exclusivamente para realizar una cirugía de naturaleza oncológica, sino que dicha remisión era obligatoria, por haberlo considerado así, con el fin de que en dicho nivel de atención, se le realizara un abordaje integral de naturaleza oncológica al paciente, y que se afrontara la problemática que el paciente Toro Beleño estaba presentando con los medios técnicos y los niveles científicos de atención que un cuarto nivel comporta: Esa oportunidad de manejo científico a un nivel mayor de

99

VICTOR PONCE PARODI
Abogado
Responsabilidad civil y del Estado
Psicología Forense y Criminal
victorponce7@hotmail.com
3017634520

atención le fue privada al paciente, eso está debidamente acreditado en el expediente específicamente en la historia clínica, prueba elaborada por la Clínica Laura Daniela, esta IPS optó por quedarse con el paciente, **sin siquiera revertir, con las consideraciones pertinentes, la remisión a cuarto nivel;** y decidió, de manera imprudente, atenderlo con profesionales de la gastroenterología, hasta el punto que fueron los gastroenterólogos los profesionales que tomaron la decisión de proceder a realizarle una laparotomía exploratoria; y, al final omitir darle cumplimiento a la orden de remisión, sin importarles, en absoluto, la consulta con un especialista en oncología, y sin saber cuál sería la opinión de un oncólogo; es decir, ellos tomaron determinaciones que son propias de otras disciplinas, que son propias de otra especialidad médica, se pusieron en la posición de oncólogos para determinar que el paciente era un paciente terminal y que solamente necesitaba manejo paliativo, **ellos no son oncólogos para determinar si el paciente requería manejo paliativo ellos son gastroenterólogos y como tal debieron haber remitido al paciente a valoración por oncología clínica.**

El paciente acudió por urgencia al Hospital Rosario Pumarejo de López E.S.E. para manejo de un cuadro infeccioso originado en la intervención que le habían practicado por laparotomía explotaría, no para manejo del diagnóstico de CA Gastrico, el cual debió ser objeto de abordaje por cuarto nivel de atención, lo cual no se dio por el diagnóstico tardío de la IPS Clínica Laura Daniela y por la imprudencia de remitir al paciente a dicho nivel de atención, cuando ya había sido tomada esa decisión clínica.

II.- La Clínica Laura Daniela realizó el procedimiento invasivo de laparotomía exploratoria y después no le practicó al paciente ce un manejo de post operatorio adecuado y oportuno; no lo citó para control posoperatorio ni le hizo un manejo de control; luego el paciente presentó una crisis infecciosa post operatoria y eso es lo que obligó al Señor Toro Beleño a consultar por urgencias del **HOSPITAL ROSARIO PUMAREJO DE LOPEZ E.S.E.**, y es allí donde se le hace un manejo oncológico, pero en virtud de la remisión sino haber encontrado dicho diagnóstico de CA Gástrico;

III.- Solo un mes y dos días después de la primera consulta por urgencia, por parte del paciente **LEONARDO TORO BELEÑO**, la clínica Laura Daniela pudo identificar un diagnóstico acertado de CA Gástrico; esta situación es constitutiva de la causa de responsabilidad medica por diagnóstico tardío, hubo error de diagnóstico porque durante un mes no fueron capaces de determinar con exactitud y certeza, cuál era el diagnostico real paciente, desde el 4 de septiembre hasta el 6 de octubre lo que podía mostrar la Clínica demandada, eran puras sospechas, conjetura; y fue un mes de manejo tórpido, fue un mes de manejo de pura sospecha por utilizar la misma terminología que los médicos tratantes utilizaron, para atender al paciente; ellos nunca tuvieron un diagnostico acertado de CA GASTRICO sino hasta que realizaron la laparotomía exploratoria, en fecha octubre 6 de 2015, y ese diagnóstico llegó por casualidad, ya que la laparotomía exploratoria, no se hizo con el fin de verificar o descartar un posible cáncer gástrico, sino con otros propósitos, lo fue con el objetivo específico de descartar una obstrucción intestinal

III.- La laparotomía exploratoria no es un procedimiento curativo, ni siquiera es paliativo, la laparotomía exploratoria es como su nombre lo indica, un procedimiento exploratorio, es un procedimiento para verificar como está la situación interna del paciente, si el paciente estaba en un estado de metástasis con mayor razón era obligatoriedad de la clínica remitirlo a un cuarto nivel, no comparte la parte actora el

VICTOR PONCE PARODI
Abogado
Responsabilidad civil y del Estado
Psicología Forense y Criminal
victorponce7@hotmail.com
3017634520

argumento expuesto por la sentencia y por la parte demandada en el sentido de que no se indicaron cuales son los protocolos que se violaron al no cumplir con la orden de remisión, porque la orden de remisión por puro sentido común es una orden que el médico tratante expide y es para cumplirse así como deben cumplirse todas las indicaciones médicas que el médico tratante deja plasmada en la historia clínica; no haber dicho cuál es la norma o cual es el artículo específico que se violó allí no implica que no se haya probado que se violaron los reglamentos por la sencilla razón de que los reglamentos son de conocimiento público, son protocolos y guías medicas del ministerio de salud que se pueden consultar en la página del ministerio de Salud, las cuales están disponibles para todo el público en general inclusive para la administración de justicia en esas condiciones la parte demandante insiste que no se le dio un manejo adecuado al paciente porque inclusive después de haber practicado la laparotomía exploratoria y haber confirmado el diagnóstico de cáncer todavía tenían ellos la obligación de remitir al paciente; y, en vez de llevar a cabo la remisión, dos días después de haber practicado esa laparotomía exploratoria, de manera infundamentada, decidieron omitir la remisión; es decir, pasaron dos días desde la práctica de ese procedimiento invasivo sin que la Clínica tratante la orden medica que estaba plasmada en la historia clínica, por lo tanto la CLINICA LAURA DANIEL incumplió ese deber específico y concreto de materializar, de ejecutar, la remisión del paciente a cuarto nivel de atención;

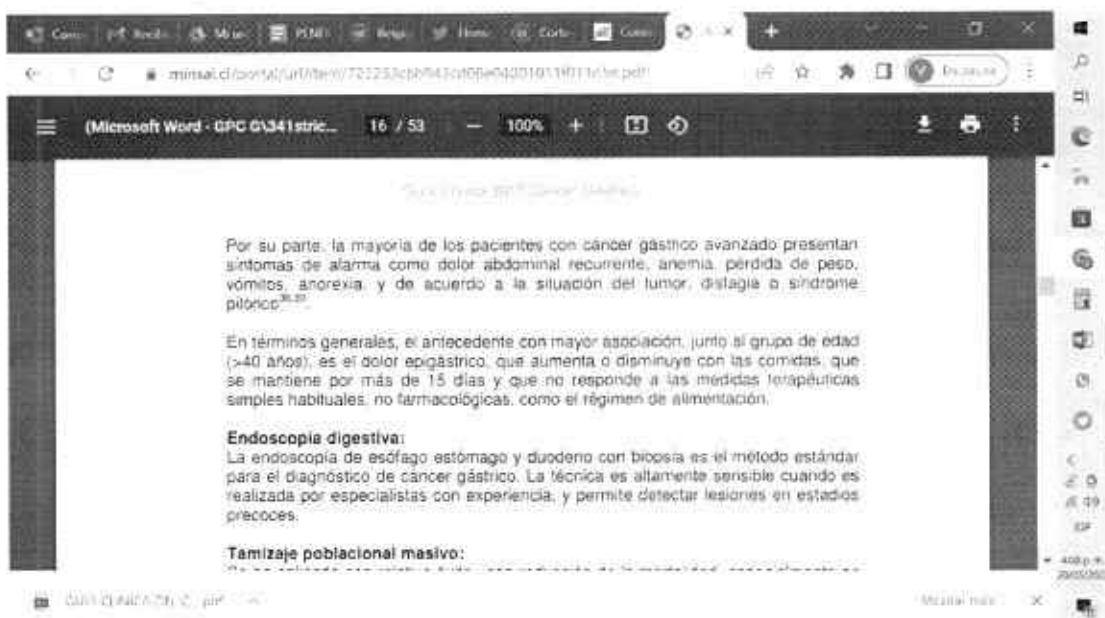
IV.- La sentencia se sustentas en la declaración de los mismos médicos tratantes que están incurso en la negligencia, la imprudencia y el diagnóstico tardío del paciente. Son testigos que tienen poca credibilidad, porque tienen interés en el proceso, porque los médicos de apellido Lara fueron los médicos tratantes, ellos fueron los que practicaron los procedimientos, los que trataron al paciente, ellos fueron los que identificaron tardíamente como lo dice el apoderado de la parte demandada, que hubo un diagnostico tardío de **CA DIGESTIVO**. El mismo apoderado de la parte demandada en sus alegatos de conclusión ha dicho que el diagnóstico de cáncer fue tardío, por lo tanto si hubo un diagnóstico erróneo, si hubo una violación de los reglamentos y si hubo una imprudencia medica porque ellos una vez ordenada la remisión del paciente a cuarto nivel no debieron haber hecho otra cosa que remitirlo de inmediato a cuarto nivel para que en dicho nivel de atención se le diera un manejo de mayor complejidad, como ellos mismos lo reconocen en la historia clínica y ellos mismos lo manifiestan, **lo remiten porque las pruebas diagnósticas resultaron insuficientes, porque las pruebas diagnósticas no resultaron lo suficientemente conclusivas y porque el caso era de alta complejidad y por esas dos razones ellos decidieron remitir al paciente a cuarto nivel;** pero después como que se arrepintieron, después como que ya no era de alta complejidad; y, después, como que las pruebas diagnósticas ya no eran insuficientes porque decidieron quedarse con el paciente practicarle un procedimiento invasivo y finalmente dejaron que ocurriera todo el desenlace hasta que el paciente tuvo que recurrir al **HOSPITAL ROSARIO PUMAREJO DE LOPEZ** para que se le tratara una consecuencia previsible de la cirugía o de la laparotomía exploratoria que se le practicó, porque se generó un proceso infeccioso, el cual fue el objeto de consulta con el Hospital Rosario Pumarejo de López E.S.E., ello implica que los médicos tratantes no hicieron un pos-operatorio oportuno y adecuado al paciente.

V.- La parte demandante insiste en que sí hubo violación de los protocolos médicos; sí hubo error de diagnóstico y diagnóstico tardío, porque duraron un mes y dos días para poder determinar que tenía un cáncer gástrico; y, no existe en la historia clínica

VICTOR PONCE PARODI
Abogado
Responsabilidad civil y del Estado
Psicología Forense y Criminal
victorponce7@hotmail.com
3017634520

prueba alguna de que se haya realizado una remisión a nivel de atención por oncología, si bien es cierto existe una indicación de valoración por oncología clínica eso no se dio materialmente, el paciente acudió con posterioridad a otra institución hospitalaria para que se le siguiera haciendo el manejo de un cuadro infeccioso posoperatorio; y allí fue donde se le hizo el manejo específico y se produjo su deceso,

VI.- Es evidente que la Clínica demandada violó los protocolos médicos para el diagnóstico y tratamiento de cáncer gástrico del Ministerio de Salud, en los cuales se establece, como prueba diagnóstica estándar la endoscopia digestiva con biopsia, para el caso de la Republica de Chile se establece con mayor claridad dicha necesidad diagnóstica:



<https://www.minsal.cl/portal/url/item/722233c6b943cd08e04001011f011d5e.pdf>

vii.- Con fundamento en las anteriores consideraciones me permito solicitar del superior funcional que se declare la responsabilidad medica específicamente por la violación de los protocolos, diagnóstico erróneo, diagnóstico tardío; por haber sido negligente al haber demorado un mes y dos días para poder conocer que el paciente tenía un cáncer gástrico, solicito se revoque la sentencia de primera instancia y en su lugar se acceda a las pretensiones de la demanda.

Adjunto a este escrito el archivo enunciado estos alegatos de conclusión.

De los Señores Magistrados, con toda atención:

VICTOR PONCE PARODI
T.P.No.47.262 del C.S.J.
C.C.No.71.636.715 de Medellín.



Ministerio
de Salud

Gobierno de Chile

Guía Clínica

Cáncer Gástrico

SERIE GUÍAS CLÍNICAS MINSAL
2010

MINISTERIO DE SALUD. Guía Clínica CÁNCER GÁSTRICO.
SANTIAGO: Minsal, 2010.

Todos los derechos reservados. Este material puede ser reproducido total o parcialmente para fines de disseminación y capacitación. Prohibida su venta.

ISBN:

Fecha 1ª edición: 2006, Minsal

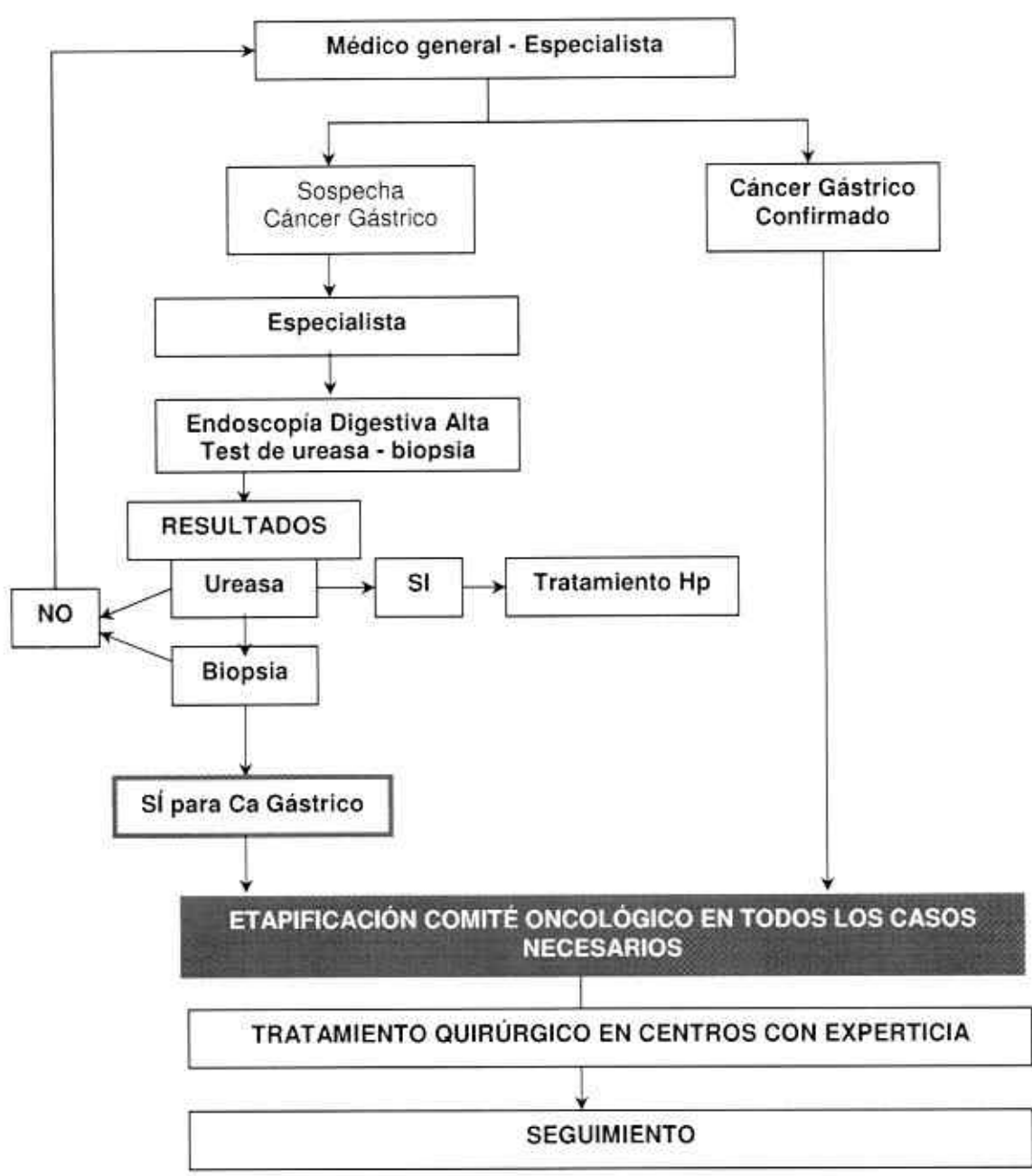
Fecha 2ª edición: 2010, Minsal

INDICE

FLUJOGRAMA	5
Resumen	6
RECOMENDACIONES	7
1. INTRODUCCIÓN	8
1.1 Descripción y epidemiología del cáncer gástrico.....	8
Factores de riesgo	9
1.2 Declaración de intención.....	10
1.3 Alcance de la guía	10
2. OBJETIVOS	11
3. MÉTODOS	12
Niveles de evidencia.....	13
4. Recomendaciones.....	14
4.1 Prevención primaria.....	14
Síntesis de evidencia.....	14
4.2 Pesquisa precoz (prevención secundaria) y diagnóstico del cáncer gástrico	15
Síntesis de evidencia.....	15
4.3 Etapificación del cáncer gástrico	18
Síntesis de evidencia.....	18
Recomendaciones para la etapificación del Cáncer Gástrico.....	19
4.4 Tratamiento del cáncer gástrico.....	20
Síntesis de evidencia.....	20
4.5 Seguimiento	25
Síntesis de evidencia.....	25
Recomendaciones para el seguimiento	25
5. Validación de la guía	27
Grupos de trabajo que colaboraron en la formulación de la guía:.....	28
1. Revisores y Editores.....	29
2. Grupo de trabajo que elaboró las pautas de procesamiento y diagnóstico de muestras de biopsia endoscópica y gastrectomía en cáncer gástrico del protocolo ministerial:.....	31
3. Grupo de trabajo del estudio "Análisis de información científica para el desarrollo de protocolos auge: Cáncer Gástrico (2004)", comisionado por el Ministerio de Salud a la Universidad de Chile:.....	31
ANEXO 1. Modelo de Solicitud de Endoscopia	33
ANEXO 2. Técnica de Endoscopia Digestiva Alta.....	34
ANEXO 3. Modelo de Informe de Endoscopia.....	37
ANEXO 4. Modelo de Información al Paciente para Endoscopia.....	38
ANEXO 5. Pautas de Procesamiento y Diagnóstico	39
Biopsia Endoscópica Gástrica:.....	39
Gastrectomía por Cáncer Gástrico.....	40
Procedimiento:.....	40

Descripción Macroscópica.....	41
Secciones Histológicas:.....	41
Diagnóstico Final:.....	41
ANEXO 6. Clasificación Macroscópica para la Etapificación del Cáncer Gástrico.....	42
Cáncer Incipiente: Clasificación japonesa.....	42
Cáncer Avanzado: Clasificación de Borman.....	42
Etapificación (American Joint Commission on cancer, 1997).....	42
ANEXO 7. Quimioterapia Neoadyuvante (Cunningham; Magic Trial).....	44
Quimioradioterapia (MacDonald; INT Trial SWOG-9008/INT0116).....	44
ANEXO 8. Lista de Abreviaturas Utilizadas en la Guía.....	45
8. REFERENCIAS.....	46

FLUJOGRAMA



Resumen

Introducción

En Chile el cáncer gástrico constituye la primera causa de muerte por tumores malignos en ambos sexos, y es reconocido como una prioridad de salud pública para el país.

Objetivos

Orientar a los equipos multidisciplinarios de salud sobre el manejo del cáncer gástrico, y contribuir a disminuir su mortalidad mediante la prevención de factores de riesgo, la educación para el autocuidado, la detección de casos en estadios más precoces, mediante la endoscopia digestiva alta selectiva en población sintomática, de acuerdo a la mejor evidencia disponible, el consenso de expertos y a las condiciones nacionales

Metodología

La guía se elaboró sobre la base del protocolo para el manejo del cáncer gástrico formulado para el sector público por el grupo asesor del Ministerio de Salud, que integraron especialistas cirujanos, gastroenterólogos, oncólogos, anatomopatólogos y otros especialistas representativos del sector privado, público, universidades, sociedades científicas y la revisión sistemática de la literatura llevada a efecto por la Universidad de Chile, y un primer borrador de guía realizado por expertos de la Universidad de La Frontera.

Síntesis de recomendaciones

Se estima que la única estrategia viable para alcanzar el objetivo sanitario de reducir la mortalidad por esta causa es:

- La implementación de un programa de prevención primaria dirigida la comunidad civil en regiones de alto riesgo,
- Prevención secundaria mediante endoscopia selectiva en población sintomática, que permita aumentar la proporción de casos detectados en fases incipientes.
- La cirugía se mantiene como el mejor tratamiento con potencial curativo.
- Los efectos de los tratamientos adyuvantes siguen siendo modestos

RECOMENDACIONES

Recomendaciones	Grado recomendación
<p>¿Se justifica el screening en población de riesgo? Screening de rutina no está recomendado para la detección de cáncer gástrico. La endoscopia digestiva alta EDA selectiva es indispensable en personas sintomáticas y con factores de riesgo familiar.</p>	B
<p>¿Cuándo sospechar un cáncer gástrico? Epigastralgia de más de 15 días de duración Edad en torno a los 40 años, en particular en sexo masculino.</p>	B
<p>¿Qué criterios fundan la sospecha de Cáncer gástrico? Los criterios que fundamentan la sospecha corresponden a examen físico compatible, resultados de resultado de EDA.</p>	B
<p>¿A quién y cómo derivar? Ante sospecha de Cáncer gástrico se debe derivar a la brevedad al especialista, endoscopista¹, con cuestionario completo.</p>	B
<p>¿Con test de ureasa positivo, es indispensable tratar? Es indispensable tratar, pero también educar al paciente y grupo familiar.</p>	B
<p>¿Cuál es el mejor tratamiento? Cirugía. Discusión en comité oncológico toda situación compleja</p>	A
<p>Todos los pacientes deben recibir apoyo psicológico desde la confirmación del diagnóstico, durante el tratamiento y seguimiento.</p>	B
<p>Todos los pacientes post cirugía deben recibir apoyo nutricional.</p>	B
<p>¿Qué es lo recomendado durante el seguimiento? El control médico, la endoscopia digestiva en los casos pertinentes.</p>	B

¹ Si el nivel secundario no cuenta con endoscopista, se deberá citar a cirujano, gastroenterólogo.

1. INTRODUCCIÓN

1.1 Descripción y epidemiología del cáncer gástrico

El cáncer gástrico corresponde generalmente a un adenocarcinoma. En 1965, Lauren y Jarvi identificaron dos tipos histológicos principales, con características epidemiológicas, clínicas, anátomo-patológicas y pronósticas distintas: un tipo de cáncer gástrico Intestinal que se desarrolla en la mucosa con metaplasia intestinal y otro Difuso, que se origina en la mucosa gástrica propiamente tal. El primero predomina en personas de más edad, mayoritariamente en el sexo masculino y sería más frecuente en zonas de alto riesgo (epidémico). El Difuso se presenta en sujetos más jóvenes, la proporción entre hombres y mujeres es similar y sería más frecuente en zonas de bajo riesgo (endémico).

El cáncer gástrico es el segundo cáncer más común en el mundo con 934,000 casos nuevos por año en el 2002 (8.6% todos los casos nuevos de cáncer). Su incidencia varía en forma importante de un país a otro, y Chile se cuenta entre los países con las tasas más altas, junto a Japón, Costa Rica y Singapur¹. En nuestro país, representa la primera causa de muerte por tumores malignos para ambos sexos. La tasa de mortalidad ha estado declinando en la gran mayoría de los países del mundo. Similar fenómeno ha ocurrido en Chile hasta comienzos de los ochenta, fecha desde la cual se ha estabilizado, manteniendo su tasa cruda en torno a 20 por 100.000 habitantes, aunque al ajustar por edad se aprecia una tenue declinación. En términos absolutos, fallecen al año por esta causa en Chile alrededor de 3.000 personas. Dentro del país, existen regiones de alta mortalidad (Araucanía, Bio Bio), otras de mortalidad intermedia (Zona central), y algunas de baja mortalidad (Arica, Antofagasta).²

Es un cáncer de predominio masculino con una relación hombre mujer de 2,6:1. Los grupos de edad más afectados son la séptima y octava década de la vida –promedio 65 años-, pero si se considera sólo a aquellos pacientes pesquisados en etapa precoz (cáncer incipiente), la edad promedio desciende a 40-45 años.

El pronóstico de esta neoplasia está en directa relación con el estadio al momento de la confirmación diagnóstica. En 1962, la Sociedad Japonesa de Endoscopia-Gastroenterológica estableció el concepto de Cáncer Gástrico Precoz, confinado a la mucosa o submucosa gástrica, independiente del compromiso ganglionar. En general, independiente del compromiso ganglionar, estos cánceres precoces progresan hacia estadios avanzados en el curso de varios años³, aunque también pueden tener un curso rápido. La pesquisa en estos estadios alcanza la curación en la mayoría de los casos con sobrevidas muy altas. En los casos avanzados la sobrevida promedio es de 6 meses. La sobrevida depende del grado de profundidad y del compromiso ganglionar, y existe a su vez una correlación directa entre ambos, a mayor profundidad, mayor compromiso ganglionar en distancia:

Tabla 1: Sobrevida del cáncer gástrico

Profundidad	Sobrevida promedio	Compromiso ganglionar	Sobrevida promedio
Mucoso	90%	N0	80%
Submucoso	85%	N1	47%
Muscular	75%	N2	20%
Seroso	40%	N3	10%
Órganos vecinos	15%		

En nuestro país, se calcula que cerca de la mitad de los pacientes ya tienen metástasis ganglionares o compromiso de órganos vecinos al momento del diagnóstico, y aún la mayoría de los enfermos que pueden ser resecados se presentan en etapas avanzadas de la enfermedad. Por ello, en términos teóricos, la mejor forma de disminuir la carga enfermedad por esta patología sería mediante intervenciones de prevención primaria o detección temprana efectivas.^{4,5,6,7,8}

Factores de riesgo

Se han identificado diversos factores de riesgo para este cáncer, la mayoría con asociaciones de baja magnitud, que incluyen el tabaquismo^{9,10}, la ingesta de sal, alimentos ahumados, nitritos y tocino^{11,12,13,14}, o poseer parientes de primer grado con historia de cáncer gástrico¹⁵.

También se vinculan a este cáncer los estratos socioeconómicos bajos, el sexo masculino, la raza negra, la presencia de adenomas gástricos, el grupo sanguíneo A, la anemia perniciosa, la gastritis atrófica, la enfermedad de Menetrier, el síndrome de Peutz- Jeghers con hamartomas gástricos y el antecedente de gastrectomía parcial por lesiones benignas a lo menos 15 años antes.

Un estudio identificó además una fuerte asociación entre el consumo de carnes rojas¹⁶ y los cánceres gástricos con inestabilidad microsatelital.

Es conocido también el hecho que cuando personas de zonas de alto riesgo emigran a zonas de bajo riesgo, sus descendientes presentan una incidencia de cáncer menor que sus progenitores.

Sin embargo, la asociación más estudiada en los últimos años es con la infección por *Helicobacter pylori*^{17,18,19}, que ha sido demostrada de manera consistente (RR: ~2-3) en diversas variedades de estudio y revisiones sistemáticas^{20,21,22}. La infección induciría alteraciones histológicas en la mucosa gástrica que podrían ser precursores de cáncer.

Esta guía está dirigida a:

- Médicos cirujanos generales, cirujanos digestivos, gastroenterólogos, endoscopistas, radiólogos, oncólogos, anatomopatólogos, de otras especialidades que atienden adultos.
- Otros profesionales de salud con responsabilidades en el manejo de pacientes con cáncer gástrico.
- Directivos de instituciones de salud.

Fecha de publicación: 2009

Plazo estimado de vigencia: 2 años. Esta guía será sometida a revisión cada vez que exista nueva evidencia disponible que pueda afectar sus recomendaciones, y como mínimo, al término del plazo estimado de vigencia.

1.2 Declaración de intención

Esta guía no fue elaborada con la intención de establecer estándares de cuidado para pacientes individuales, los cuales sólo pueden ser determinados por profesionales competentes sobre la base de toda la información clínica respecto del caso, y están sujetos a cambio conforme al avance del conocimiento científico, las tecnologías disponibles en cada contexto en particular, y según evolucionan los patrones de atención. En el mismo sentido, es importante hacer notar que la adherencia a las recomendaciones de la guía no aseguran un desenlace exitoso en cada

No obstante lo anterior, se recomienda que las desviaciones significativas de las recomendaciones de esta guía o de cualquier guía local derivada de ella sean debidamente fundadas en los registros del paciente.

En algunos casos las recomendaciones no aparecen avaladas por estudios clínicos, porque la utilidad de ciertas prácticas resulta evidente en sí misma, y nadie consideraría investigar sobre el tema o resultaría éticamente inaceptable hacerlo. Es necesario considerar que muchas prácticas actuales sobre las que no existe evidencia pueden de hecho ser ineficaces, pero otras pueden ser altamente eficaces y quizás nunca se generen pruebas científicas de su efectividad. Por lo tanto, la falta de evidencia no debe utilizarse como única justificación para limitar la utilización de un procedimiento o el aporte de recursos

1.3 Alcance de la guía

Escenarios clínicos a los que se refiere la guía

Esta guía es aplicable a:

- Población sintomática de ambos sexos > de 40 años de edad.
- Pacientes con cáncer gástrico diagnosticado, en cualquier estado de avance.

2. OBJETIVOS

- Contribuir a disminuir la mortalidad por cáncer gástrico en Chile y aumentar la proporción de cánceres detectados en estadios tempranos.
- Aportar recomendaciones sobre el manejo del cáncer gástrico desde su prevención hasta el tratamiento de los casos avanzados, basadas en la mejor evidencia científica disponible, el consenso de los expertos, y adecuadas al contexto nacional.
- Disminuir la variabilidad de la atención en el manejo preventivo y el tratamiento del cáncer gástrico.
- Orientar a médicos de atención primaria y otros no especialistas respecto de las medidas preventivas, y la identificación de los pacientes de riesgo que debieran ser candidatos a endoscopia.
- Apoyar la identificación de estándares para la evaluación de estructuras, procesos y resultados de las instituciones involucradas en el manejo de pacientes con cáncer gástrico.
- Apoyar la definición del régimen de garantías explícitas en salud, en lo que al cáncer gástrico se refiere

3. MÉTODOS

La presente guía fue elaborada mediante una metodología que abarcó las siguientes etapas:

- a) Identificación y focalización del problema de salud. Se realizó a partir de las orientaciones dadas en documentos referenciales del Ministerio de Salud² que tratan sobre las prioridades sanitarias nacionales.
- b) Identificación de escenarios clínicos y de las tecnologías de salud a considerar en la formulación de la Guía: intervenciones preventivas, diagnósticas, terapéuticas y otras necesarias para el manejo del problema de salud.
- c) Proceso de búsqueda bibliográfica, selección y análisis de estudios relevantes según criterios de inclusión y exclusión previamente establecidos. Esta fase tuvo por objetivo identificar revisiones sistemáticas actualizadas, y en ausencia de ellas, estudios primarios del mejor nivel de calidad disponible. Parte de este proceso fue desarrollado por la Universidad de Chile, que realizó una revisión sistemática de la literatura sobre el tema²³, una segunda revisión ampliada y actualización de la realizada por la Universidad de Chile, a cargo del Dr. Eddy Ríos y colaboradores (gastroenterólogos y epidemiólogos clínicos de la Universidad de la Frontera), y se utilizó además la revisión de literatura desarrollada por la Subcomisión Tumores Digestivos del Ministerio de Salud para la confección del protocolo "Cáncer Gástrico", 2004 (formulado originalmente para el sector público de salud)²⁴.
- d) Síntesis de resultados sobre la efectividad y seguridad de las tecnologías. Se confeccionó tablas resumen con los hallazgos de la revisión de la literatura, y se asignó a cada intervención la categoría de evidencia que la respalda. Esta información –y los detalles sobre la búsqueda bibliográfica- será publicada en documentos anexos y no forma parte del cuerpo de la guía. La revisión de la literatura utilizó como referencia el documento "Instructivo: Establece Requisitos Básicos para la Elaboración de Guías Clínicas y Protocolos del Ministerio de Salud" (Unidad de Evaluación de Tecnologías de Salud, Departamento de Calidad en Salud, División de Planificación y Presupuesto, Subsecretaría de Redes Asistenciales), disponible en www.minsal.cl, sección Calidad de prestadores.
- e) Formulación de recomendaciones para el manejo del problema de salud: se hicieron tomando como referencia la síntesis de evidencia, una primera propuesta de guía formulada por el equipo de la Universidad de La Frontera, y el protocolo elaborado por el Grupo de Trabajo de Cáncer Gástrico, Subcomisión Tumores Digestivos del Ministerio de Salud.

² Sistema de acceso universal con garantías explícitas (AUGE): Informe Técnico sobre la Construcción del Régimen de Garantías en Salud Año Base. Tomo II: Fichas Técnicas Preliminares de los Componentes y Problemas Prioritarios. Enero 2003. Ministerio de Salud, Secretaría Ejecutiva de la Reforma. Los objetivos sanitarios para la década 2000-2010. Ministerio de Salud. División de Rectoría y Regulación Sanitaria. Departamento de Epidemiología. Primera Edición, Octubre 2002.

Niveles de evidencia

La evidencia científica disponible en torno a las intervenciones consideradas en la guía fue clasificada según los niveles descritos en la Tabla 2. Esta clasificación fue adaptada de la literatura internacional y pretende aportar a los profesionales del ámbito clínico un sistema de categorías que sea simple y fácilmente interpretable. Se excluyó del sistema de clasificación los estudios de pruebas diagnósticas.

Tabla 2: Niveles de evidencia para intervenciones preventivas, de tamizaje, tratamiento o rehabilitación

Nivel	Descripción
1	Ensayos aleatorizados
2	Ensayos clínicos sin asignación aleatoria, estudios de cohorte o estudios de casos y controles
3	Estudios no analíticos, por ejemplo, reportes de casos, series de casos
4	Opinión de expertos

Nota: Cuando la evidencia principal deriva de una revisión sistemática o un metaanálisis, fue clasificada tomando como base el tipo de estudios incluidos en la revisión

4. RECOMENDACIONES

4.1 Prevención primaria

Síntesis de evidencia

Ensayos aleatorizados no han demostrado de manera concluyente la efectividad de la suplementación alimentaria con antioxidantes, alfa tocoferol, beta caroteno²⁵, vitamina E, vitamina C, multi vitaminas²⁶, ni ácido fólico, aunque éste último parece favorecer la estabilización o reversión de la atrofia y la metaplasia en pacientes con gastritis atrófica²⁷. Sobre el consumo de ajo, la evidencia que sugiere un efecto protector deriva de estudios no experimentales y no puede considerarse definitiva²⁸.

Respecto al rol de la erradicación de *Helicobacter Pylori* para la prevención primaria del cáncer gástrico, el beneficio observado es la no progresión o regresión de lesiones previas consideradas preneoplásicas, pero no una reducción global de la incidencia del cáncer^{29,30,31}. Existe ECA en curso en hombres entre 55 y 65 años de edad con gastritis e infección por *Helicobacter pylori* con fenotipo asociado a cáncer. Sus resultados definitivos aún no se encuentran disponibles.³²

Recomendaciones sobre prevención primaria	Nivel de Evidencia
No se recomienda el uso rutinario de suplementos alimentarios para prevenir la ocurrencia de cáncer gástrico.	1
Ciertos factores de riesgo para cáncer gástrico son comunes a otras formas de cáncer y a otros tipos de patologías, por lo que, pese a la falta de evidencia directa sobre el efecto que pudiera tener sobre la incidencia de cáncer gástrico, se recomienda limitar la exposición a ellos, fomentando una dieta saludable, aumentar el consumo de frutas y verduras, disminuir las grasas y la sal o los alimentos preservados en ella, practicar actividad física y no fumar.	2
Se recomienda la búsqueda de la infección por <i>Helicobacter pylori</i> en todo paciente sometido a endoscopia, salvo que el examen sea normal o la mucosa estudiada sólo presente lesión superficial mínima. Se recomienda erradicar la infección cuando se asocie a úlcera duodenal, úlcera gástrica, gastritis linfonodular, gastritis atrófica, linfoma, adenoma, cáncer gástrico, y en pacientes que tienen parientes en primer grado con historia de cáncer gástrico.	1,2,3,4
<i>Nota: la erradicación de Helicobacter pylori proporciona no solo un potencial mecanismo para impedir la progresión de lesiones preneoplásicas y eventualmente prevenir el cáncer – aunque este efecto no ha sido demostrado–, sino que además ofrece alivio o curación de diversas otras patologías gástricas, por lo que su indicación debe entenderse en ese contexto más amplio.</i>	
<p>Esquema recomendado para la erradicación de <i>Helicobacter pylori</i>:</p> <p>Clarithromicina: 500 mg cada 12 hrs por 7 días Amoxicilina: 1 g cada 12 hrs por 7 días Omeprazol: 20 mg cada 12 hrs por 7 días</p> <p><i>En caso de alergia a la penicilina:</i> Metronidazol: 500 mg cada 12 hrs por 7 días Clarithromicina: 500 mg cada 12 hrs por 7 días Omeprazol: 20 mg al día por 7 días</p>	1

4.2 Pesquisa precoz (prevención secundaria) y diagnóstico del cáncer gástrico

Síntesis de evidencia

Sintomatología:

Estudios observacionales indican que la mayoría de los pacientes con cáncer gástrico precoz refieren síntomas de tipo dispéptico (dolor epigástrico leve recurrente, pirosis, con o sin distensión abdominal, náuseas o vómitos), y no presentan síntomas de alarma (anemia, disfagia, pérdida de peso), siendo indistinguibles de sujetos con afecciones benignas^{33,34,35}. Estos hallazgos son consistentes con lo observado en la población chilena³⁶.

Modelos predictivos basados en cuestionarios de síntomas han mostrado muy baja especificidad³⁷.

Por su parte, la mayoría de los pacientes con cáncer gástrico avanzado presentan síntomas de alarma como dolor abdominal recurrente, anemia, pérdida de peso, vómitos, anorexia, y de acuerdo a la situación del tumor, disfagia o síndrome pilórico^{38,39}.

En términos generales, el antecedente con mayor asociación, junto al grupo de edad (>40 años), es el dolor epigástrico, que aumenta o disminuye con las comidas, que se mantiene por más de 15 días y que no responde a las medidas terapéuticas simples habituales, no farmacológicas, como el régimen de alimentación.

Endoscopia digestiva:

La endoscopia de esófago estómago y duodeno con biopsia es el método estándar para el diagnóstico de cáncer gástrico. La técnica es altamente sensible cuando es realizada por especialistas con experiencia, y permite detectar lesiones en estadios precoces.

Tamizaje poblacional masivo:

Se ha aplicado con relativo éxito –con reducción de la mortalidad, especialmente en hombres- en países como Japón y Corea, pero a muy alto costo. En Japón el programa detecta aproximadamente 1 caso por cada 800 pacientes examinados, la mitad de ellos en etapa temprana (esto último explica el impacto sobre la mortalidad)^{40,41,42,43}. Un estudio de tamizaje masivo y selectivo realizado en Chile requirió 230 endoscopías por cada cáncer detectado en el grupo masivo, de los cuales alrededor del 15% se encontraba en estadio precoz⁴⁴. Expertos nacionales no lo consideran practicable en Chile por su escasa costoefectividad y limitaciones logisticas.

Tamizaje selectivo en pacientes sintomáticos:

Estudios nacionales más recientes han demostrado que es posible detectar aproximadamente un caso de cáncer por cada 40-50 procedimientos endoscópicos⁴⁵, cuando el tamizaje se focaliza en los adultos (>40 años) sintomáticos, y que alrededor de un 20% de los cánceres detectados de esta forma son incipientes y el 60% son resecables. Otras experiencias nacionales previas fueron menos auspiciosas.⁴⁴

Guía Clínica 2010 Cáncer Gástrico

Recomendaciones para la pesquisa precoz y diagnóstico del cáncer gástrico	Nivel de Evidencia
El método de elección para el diagnóstico de cáncer gástrico es la endoscopia digestiva alta asociada a biopsia y estudio histológico.	3
Para Chile se recomienda el tamizaje selectivo en adultos sintomáticos como método de detección precoz del cáncer gástrico.	3
Se recomienda realizar endoscopia digestiva alta en todo paciente: 1. ≥ 40 años, y 2. Epigastralgia de más de 15 días de duración, asociada o no a: - Hemorragia digestiva (hematemesis o melena). - Anemia de causa no precisada. - Baja de peso no aclarada. - Sensación de plenitud gástrica, principalmente post prandial. - Compromiso del estado general (astenia, adinamia y anorexia). - Disfagia.	4
Se recomienda también la endoscopia en los pacientes ≥ 40 años, si poseen antecedente de: -Gastrectomía hace más de 15 años. -Familiar directo con historia de cáncer digestivo.	4
La endoscopia posee algunos riesgos y la probabilidad de error diagnóstico, por lo que debe realizarse bajo consentimiento informado del paciente.	4
Para asegurar su calidad y consistencia, además de las necesidades de capacitación del recurso humano y del equipamiento, se recomienda que todo el proceso de detección sea realizado mediante métodos estandarizados, desde la solicitud de endoscopia, la ejecución del examen propiamente tal (criterios en la toma de biopsias, prueba de ureasa y la tinción con indigo carmin o azul de metileno), y el informe con los resultados del procedimiento, entre otros. (ver propuestas en Anexos 1 al 5).	4
<u>Conducta recomendada frente a lesiones benignas:</u> las lesiones benignas como úlcera gástrica deben recibir tratamiento médico con erradicación del <i>Helicobacter pylori</i> , y control a las 6 semanas o hasta alcanzar la cicatrización. Una vez terminado el tratamiento se recomienda un control endoscópico anual. Los pólipos son resecaos endoscópicamente si es posible, y las lesiones submucosas deben ser estudiadas hasta esclarecer el diagnóstico.	1,2,3
<u>Conducta recomendada frente a lesiones preneoplásicas y lesiones dudosas o sospechosas de cáncer:</u> revisión de las placas junto con anatómo patólogos y control endoscópico e histológico con o sin erradicación previa de <i>Helicobacter pylori</i> . En lesiones preneoplásicas como adenomas, se recomienda la resección endoscópica.	3,4
Las lesiones confirmadas deben ingresar a la etapa de etapificación y tratamiento.	4

4.3 Etapificación del cáncer gástrico

Síntesis de evidencia

Clasificaciones para la etapificación:

Existen diversas clasificaciones para el cáncer gástrico de acuerdo a sus características macroscópicas, histológicas, celulares y de grado de invasión que tienen valor pronóstico y relevancia para la selección del tratamiento^{46,47,48,49}.

El pronóstico de la enfermedad tras la resección completa se relaciona fuertemente con el estadio, y en particular con la infiltración de la serosa (Estadio T3) y el compromiso de los ganglios linfáticos.

Ecotomografía:

La sensibilidad y especificidad de esta técnica para determinar la presencia de metástasis en hígado es aproximadamente de un 50% y >85% respectivamente⁵⁰.

Tomografía computarizada: I

La sensibilidad y especificidad de esta técnica para determinar la presencia de metástasis en hígado es aproximadamente de un 72% y >85% respectivamente^{50, 51}. Su capacidad de diferenciación entre T2 y T3 es del 73%, y entre T1/T2 con T3/T4 es del 83%⁵².

TEP/RNM:

Son algo más sensibles que el TAC y la ecotomografía⁵⁰, pero no resultan costoefectivas ni se ha demostrado que su utilización modifique significativamente el manejo de los pacientes o su pronóstico.

Laparoscopia:

Es superior en sensibilidad y especificidad a la ultrasonografía endoscópica y la tomografía computarizada para determinar resectabilidad, con una exactitud (proporción de verdaderos positivos y negativos del total de exámenes realizados) cercana al 99%. Es especialmente útil para evitar laparotomías innecesarias en pacientes con grado avanzado de diseminación del cáncer gástrico⁵³, y para los cánceres en estadios T3 y T4 sin metástasis de órganos a distancia a priori⁵⁴.

Endosonografía endoscópica (ESE):

Su exactitud diagnóstica es de un 77%, con una sensibilidad del 94% y una especificidad del 83% para la correcta clasificación del estadio⁵⁵.

Un meta análisis de 27 estudios primarios, muestra una alta efectividad del ESE para diferenciar estadios T1 y T2 de los estadios T3 y T4, así como un mejor rendimiento que la tomografía computarizada⁵⁶, y que la laparoscopia⁵⁷. Su aplicación como examen de rutina se ve limitado en Chile por razones de disponibilidad y capacitación en la técnica.

Recomendaciones para la etapificación del Cáncer Gástrico

La etapificación macroscópica del cáncer gástrico se debe realizar mediante clasificación japonesa en los cánceres incipientes, clasificación de Borrmann en los avanzados, y según clasificación TNM (Ver Anexo 6).

A ello debe sumarse la clasificación con base al tipo histológico (Lauren-Jarvi; OMS), el grado de diferenciación celular y según su localización en tercio superior, medio o inferior.

La etapificación preoperatoria tiene por objetivo principal establecer la operabilidad del tumor, mediante la detección de metástasis hepáticas, peritoneales o a mayor distancia.

Se debe evaluar la presencia de metástasis hepáticas mediante TAC o ecotomografía como exámenes de primera línea.

Se recomienda realizar una radiografía simple de tórax inicial a todos los pacientes.

La laparoscopia pre-operatoria puede estar indicada en casos de sospecha carcinomatosis peritoneal, principalmente en adenocarcinomas indiferenciados en estadios T3 y T4 sin evidencia de metástasis de órganos a priori.

La endosonografía no debe considerarse un examen de uso rutinario para la etapificación del cáncer gástrico en Chile, pero si esta disponible puede ser de utilidad en cánceres tempranos, para diferenciar lesiones T1-T2 de tumores T3-T4.

En los pacientes operables, la etapificación se completa con la laparotomía exploratoria y el posterior estudio anatomopatológico.

4.4 Tratamiento del cáncer gástrico

Síntesis de evidencia

1. Tratamiento quirúrgico

Es la principal modalidad de tratamiento en el cáncer gástrico^{58,59}.

Disección ganglionar. Por muchos años se ha discutido la extensión de la resección ganglionar (limitada o extendida) en casos potencialmente curables, pero no existe evidencia concluyente sobre la mayor efectividad en términos de sobrevida o mayor seguridad de un tipo de disección sobre el otro^{60,61,62,63,64}. Los dos ECA existentes sugieren que la disección extendida podría mejorar la sobrevida a 5 años en los tumores con infiltración serosa. Otras conclusiones son difíciles de extraer por las condiciones en que fueron realizados los estudios. Por su parte, los estudios observacionales disponibles sugieren que los resultados de la cirugía dependen de la curva de aprendizaje de quienes la realizan. En Chile existe consenso en utilizar la disección de N2 asociada a la gastrectomía (D2).

Gastrectomía total o parcial para lesiones del antro. Un ECA y otro ensayo no aleatorizado no demostraron mejor sobrevida con la gastrectomía total comparada con la gastrectomía parcial para lesiones situadas en el antro gástrico^{65,66}.

Esplenectomía y pancreatometomía parcial. Diversos estudios, incluyendo un ECA realizado en Chile, han demostrado que ambas técnicas se asocian a mayor mortalidad sin mejoría en la sobrevida^{67,68,69,70,71,72}.

Cirugía paliativa. En casos seleccionados de cáncer gástrico avanzado (metástasis a distancia, metástasis peritoneales, metástasis de ganglios N4), la cirugía paliativa, definida como aquella que deja el tumor en el paciente o realiza remoción incompleta de éste, podría mejorar discretamente la sobrevida (± 3 meses) y la calidad de vida de los pacientes⁷³.

2. Mucosectomía endoscópica

Series de casos en Japón han descrito remisión del cáncer en cerca del 85% de los pacientes tratados (cánceres precoces o superficiales de un tamaño no mayor a 20 ó 30 mm). La técnica todavía no ha sido adoptada ampliamente en occidente^{74,75,76}.

3. Quimioterapia

Quimioterapia adyuvante. Diversos metaanálisis de ECAs demuestran que a la fecha la quimioterapia postoperatoria ofrece resultados negativos o de dudosa significación clínica^{77,78,79,80,81}.

Quimioterapia intraperitoneal. ECAs que han evaluado la efectividad de esta terapia han arrojado en general resultados negativos y sugieren que puede asociarse a mayores tasas de complicaciones^{82,83,84,85}.

Quimioterapia neoadyuvante. El ensayo MAGIC⁸⁶ en pacientes con tumores gástricos y de la unión esofagogástrica operables, en que se comparó el régimen EFC (epirubicina, cisplatino y 5- fluoruracilo en el pre y postoperatorio) contra cirugía sola, demostró mejor sobrevida libre de enfermedad (HR=0,66) y sobrevida global a 5 años (36% vs 23%; HR=0,75), sin compromiso de la morbimortalidad operatoria. El efecto es atribuible especialmente a la fase preoperatoria de la quimioterapia. El análisis de subgrupos no demostró variación del efecto de la quimioterapia según el sitio primario del tumor, edad, ni estado sintomático del paciente. La gran mayoría de los efectos adversos asociados a la quimioterapia fueron de grados 0 a 2 según los criterios de toxicidad del National Cancer Institute.

Quimioterapia en cáncer avanzado. Diversas combinaciones de drogas han mostrado pequeños beneficios, con un 30%-50% de tasa de respuesta, y aumento de 3 hasta 6 meses de sobrevida^{87,88,89} (hazard ratios combinados ≈0.4 en tres metaanálisis publicados^{90,91,92}, al comparar quimioterapia con tratamiento de soporte exclusivo). Los tratamientos combinados resultan superiores a la monoterapia, y lo mismo ocurre con los tratamientos a base de tres drogas respecto de los de 2 drogas, aunque a expensas de una mayor toxicidad. Los regímenes a base de FU en infusión continua exhiben menos muertes por toxicidad que cuando la droga se administra en bolos^{92,93,94}.

4. **Radioterapia**

Radioterapia preoperatoria. ECAs que han evaluado la efectividad de esta terapia no han demostrado que sea efectiva^{95,96,97}.

5. **Quimioradioterapia**

Quimioradioterapia neoadyuvante. A la fecha sólo se dispone de resultados de estudios Fase I y II respecto a este tipo de tratamiento⁹⁸.

Quimioradioterapia adyuvante. El ensayo Fase III conocido como INT0116 aleatorizó 556 pacientes con cáncer gástrico y de la unión gastroesofágica operables, la mayoría con compromiso nodal y extensión a serosa, a cirugía sola o cirugía más quimioradioterapia postoperatoria. La sobrevida global promedio fue mejor en el grupo tratado (36 vs 27 meses), con un 32% de toxicidad moderada o severa (grados III y IV) y un 1% de muertes asociadas a la quimioterapia. El efecto es atribuible especialmente a la disminución de las recaídas locoregionales y por lo tanto a la radiación. En el estudio más de la mitad de los pacientes fue sometido a una disección menor de D1 –subóptima- y sólo en un 10% llegó a D2. Si bien el estudio no detectó diferencias de sobrevida en los pacientes según el nivel de disección ganglionar, tampoco tenía poder suficiente para evaluarlas.

Recomendaciones para el Tratamiento del Cáncer Gástrico

A. Tratamiento quirúrgico

Recomendaciones	Nivel de Evidencia
<p>Exámenes pre-operatorios recomendados:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hemograma - Glicemia - Nitrógeno Uréico - Protrombinemia - Albúmina (Transferrina o Pre-albumina, para determinación de estado nutricional) - Fosfatasas Alcalinas y GGT - Electrocardiograma 	4
<p>Criterios de Operabilidad</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Estudio de diseminación preoperatorio que no demuestre metástasis a distancia. b) Resecciones no curativas, paliativas en pacientes en que no se pueda efectuar una resección completa: sangramiento, perforación y retención gástrica. 	4
<p>Criterios de inoperabilidad (en pacientes electivos)</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Rechazo de la cirugía por el paciente y /o familiar(es) a cargo. b) Enfermedad grave concomitante que contraindique la cirugía. c) R2: Existencia de metástasis hepáticas, peritoneales o a mayor distancia. 	4
<p>Criterios de irresecabilidad 4</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Adherencias tumorales firmes a grandes vasos y estructuras anatómicas vecinas irresecables. b) Adenopatías metastásicas de ubicación retropancreática, mesentérica o lumboaórticas (N4, las que deberán ser confirmadas por biopsia contemporánea) c) Metástasis peritoneales supra e inframesocólicas o carcinomatosis peritoneal. d) Tumor de Krukemberg. 	4
<p>Indicaciones de gastrectomía subtotal</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Cáncer incipiente: Antral, medio o superior (margen proximal libre de al menos 2 cm). b) Cáncer avanzado: Antral de crecimiento lento, Borman I a III localizado c) (margen proximal de 5 cm). d) En todos los casos se debe efectuar biopsia contemporánea de los bordes de resección. e) Preferentemente, reconstitución con gastroyeyunoanastomosis en Y de Roux. 	3

<p>Indicaciones de gastrectomía total</p> <p>a) Cáncer incipiente alto o multifocal. b) Cáncer avanzado: que no permita un margen libre de 5 cm entre borde superior y cardias.</p>	<p>3</p>
<p>La gastrectomía se debe asociar a disección de N2 y no debe incluir 1 esplenectomía ni pancreatectomía parcial.</p>	<p>1</p>
<p>Indicaciones para resección endoscópica</p> <p>a) Lesión elevada o plana no superior a 20 mm en su diámetro máximo. b) Lesión deprimida no superior a 10 mm. c) Sin cicatriz ulcerosa activa. d) Adenocarcinoma bien diferenciado.</p>	<p>3</p>
<p>Estudio Anatomopatológico</p> <p>El estudio histológico para la etapificación definitiva debe establecer lo siguiente (ver Anexo 5 sobre Pautas de Procesamiento y Diagnóstico):</p> <p>a) Descripción del tipo macroscópico, localización y tamaño. b) Profundidad de la invasión: mucosa (m), submucosa (sm), muscular propia (mp), subserosa (ss), serosa (s). c) Distancia de márgenes libres. d) Tipo histológico. e) Metástasis en ganglios linfáticos (N° de linfonodos comprometidos / N° de linfonodos disecados), informado por grupo linfático. f) Permeación linfática y venosa. g) Clasificaciones de Lauren Jarvis y OMS.</p>	<p>4</p>
<p>El resultado del tratamiento quirúrgico se puede clasificar en:</p> <p>R0 Sin tumor residual R1 Tumor residual microscópico R2 Tumor residual macroscópico</p>	<p>4</p>
<p>La cirugía paliativa puede estar recomendada en pacientes seleccionados con 3 cáncer avanzado, por ejemplo, en casos de hemorragia digestiva masiva, síndrome de retención gástrica, o perforación.</p>	<p>3</p>

B. Tratamientos adyuvantes

<p>Existen tratamientos adyuvantes para pacientes con cáncer gástrico operable que 4 han demostrado beneficios en sobrevida. Los pacientes deben ser informados de estas opciones de tratamiento y de sus potenciales beneficios y efectos adversos. Conforme a los ensayos aleatorizados en los que se ha evaluado dichos tratamientos:</p>	<p>4</p>
<p>A los pacientes con tumores localmente avanzados operables sin evidencia de metástasis y con estado funcional 0 ó 1 (según clasificación de la OMS), se les puede ofrecer la opción de quimioterapia neoadyuvante con régimen EFC (epirubicina, cisplatino y 5-fluoruracilo en el pre y postoperatorio; ver Anexo 8).</p>	<p>1</p>
<p>En pacientes operados con resecciones R0, con compromiso de la serosa ó 1 ganglios -estadios IB a IVM0- y estado funcional (PS) ≤2, podría indicarse un tratamiento a base de quimiorradioterapia postoperatoria (ver esquema de tratamiento utilizado en estudio INT0116 en Anexo 8).</p>	<p>1</p>

Si bien no existe un consenso formal sobre la materia en Chile y cada caso debe evaluarse individualmente, la mayoría de los expertos consultados considera que, a la luz de la evidencia existente, las principales indicaciones de terapia adyuvante serían las siguientes:

Escenario	Tipo de Cirugía		
	R0 sin enfermedad residual	R1 enfermedad residual microscópica (ERMi)	R2 Enfermedad residual macroscópica (ERMa)
D0 (Estómago)	RTQT*	RTQT	---
D1 (<15 g)	RTQT	RTQT	---
D2 (15-25 g)	---	RTQT	---
D3 (Sin peritoneo)	RTQT	RTQT (?)	---
Localmente avanzado (ERMi, ERMa)	Qt ** / cirugía		

* RTQT: Radioquimioterapia según estudio SWOG-9008/INT0116

** Qt: Quimioterapia según estudio MAGIC

A los pacientes con cáncer avanzado se les podría ofrecer la opción de quimioterapia paliativa con esquema de 5-Fluoruracilo 425 mg/m ² y Leucovorina 20 mg/m ² en días 1 al 5, y continuar cada 21 ó 28 días por 6 ciclos.	1
---	----------

C. Cuidados paliativos

Todos los pacientes que se encuentran fuera de alcance para tratamiento curativo deben recibir cuidados paliativos y manejo del dolor según necesidad (ver Guía Ministerial "Alivio del dolor por cáncer avanzado y cuidados paliativos" disponible en (www.minsal.cl)).

Todos los pacientes con dolor deben recibir tratamiento para su alivio.

4.5 Seguimiento

Síntesis de evidencia

Estudios observacionales no han demostrado beneficio en los programas de seguimiento en términos de supervivencia⁹⁹ o de detección temprana de complicaciones o recurrencias¹⁰⁰, sin embargo, el seguimiento es considerado universalmente una buena práctica médica, y sí existe evidencia de que produce efectos beneficiosos sobre la calidad de vida en los pacientes oncológicos en general¹⁰¹.

Recomendaciones para el seguimiento

Todos los centros que atienden pacientes con cáncer gástrico deben poseer un sistema de registro estandarizado. El registro debe dar cuenta del proceso diagnóstico y del tratamiento efectuado a cada paciente, y de los desenlaces clínicos y efectos adversos observados en el corto y largo plazo. DIPLAS- DIPRECE-DRACOT, en proceso de instalación de registros hospitalarios

Todos los pacientes tratados por cáncer gástrico deben ser sometidos a un seguimiento programado cuyos objetivos son:

- El diagnóstico de recidivas.
- El diagnóstico y manejo de complicaciones precoces o tardías derivadas del tratamiento.

Pautas de seguimiento

Cánceres Incipientes sometidos a Resección Endoscópica:

Cronograma	Actividades	Exámenes
3° mes	Examen clínico	Endoscopia y anatomía patológica
6° mes	Examen clínico	Endoscopia y anatomía patológica
12° mes	Examen clínico	Endoscopia y anatomía patológica
18° mes	Examen clínico	Endoscopia y anatomía patológica
24° mes	Examen clínico	Endoscopia y anatomía patológica
3° al 5° año	Examen clínico anual	Endoscopia, TAC años 3 y 5

Cánceres Incipientes con Gastrectomía

Cronograma	Actividades	Exámenes
1° mes	Examen clínico (cirujano)	Hemograma, fosfatasas alcalinas
4° mes	Examen clínico (cirujano)	
8° mes	Examen clínico (cirujano)	TAC abdomen y Rx de tórax
12° mes	Examen clínico (cirujano)	
15° mes	Examen clínico (cirujano)	Hemograma, fosfatasas alcalinas
18° mes	Examen clínico (cirujano)	TAC abdomen y Rx de tórax
21° mes	Examen clínico (cirujano)	Hemograma
24° mes	Examen clínico (cirujano)	
3° al 5° año	Examen clínico anual	TAC abdomen y fosfatasas alcalinas

Cánceres Avanzados con Gastrectomía

Cronograma	Actividades	Exámenes
3° mes	Examen clínico (cirujano)	Hemograma, fosfatasas alcalinas
6° mes	Examen clínico (cirujano)	TAC abdomen y Rx de tórax
9° mes	Examen clínico (cirujano)	
12° mes	Examen clínico (cirujano)	Hemograma
15° mes	Examen clínico (cirujano)	Hemograma, fosfatasas alcalinas
18° mes	Examen clínico (cirujano)	TAC abdomen y Rx de tórax
21° mes	Examen clínico (cirujano)	Hemograma
24° mes	Examen clínico (cirujano)	
3° Año	Examen clínico cada 6 meses	Fosfatasas alcalinas, TAC abdomen y Rx de tórax
4° Año en adelante	Examen clínico	TAC abdomen y fosfatasas alcalinas

5. VALIDACIÓN DE LA GUÍA

Versiones preliminares de esta guía fueron publicadas a través del sitio Web del Ministerio de Salud y difundidas entre especialistas para recoger observaciones y sugerencias, las que fueron tomadas en consideración para la elaboración del documento final.

Diseminación e implementación de la guía

Versión resumida de la guía: No disponible

Versión para pacientes: No disponible

Evaluación

Indicadores de procesos recomendados:

- Fomento del autocuidado y prevención de factores de riesgo por Región y por año.(participación ciudadana)
- Proporción de pacientes con indicación de tratamiento de Helicobacter Pylori a los que se prescribió el tratamiento recomendado.
- Proporción de pacientes con indicación de 1° endoscopia del total de personas con indicación de endoscopia en centros centinelas.

SIG GES

- Tiempos promedio de espera desde indicación de endoscopia hasta la realización del procedimiento.
- Tiempos promedio de espera desde el diagnóstico de cáncer gástrico hasta la cirugía en los casos operables
- Proporción de pacientes sometidos a tratamiento recomendado según protocolo del total de pacientes con diagnóstico de cáncer gástrico

Indicadores de resultado recomendados:

Curvas de sobrevida

- Sobrevida global a 5 años
- Sobrevida libre de enfermedad a 5 años
- Mortalidad
- Reducción Tasa de Mortalidad ajustada por edad y sexos, año 1999, año 2006 y año actual.
- Aumento de cánceres gástricos tratados en estadios precoces.

Grupos de trabajo que colaboraron en la formulación de la guía:

Los siguientes profesionales aportaron directamente o indirectamente a la elaboración de esta guía. El Ministerio de Salud reconoce que algunas de las recomendaciones o la forma en que han sido presentadas pueden ser objeto de discusión, y que éstas no representan necesariamente la posición de cada uno de los integrantes de la lista.

Actualización 2009

Dr. Alfonso Calvo Belmar	Cirujano Gastroenterólogo, CRS La Florida.
Dr. Alfonso Díaz	Cirujano Digestivo, Jefe Servicio Cirugía H. Sótero del Río.
Dr. Cristian Trujillo	Cirujano Oncólogo, Jefe Servicio Cirugía I. Nac. Del Cáncer.
Dra. Berta Cerda	Oncóloga, Jefe Oncología médica I. Nac. Del Cáncer, Prof. Oncología U. de los Andes.
Dra. Bettina Muller	Oncóloga, Inst. Nac. Del Cáncer, Directora Grupo GOCHI.
Dr. César Del Castillo	Oncólogo, Jefe Oncología médica H. San Borja Arriarán, Prof. Auxiliar Oncología U. de Chile, sede Central, Vicepresidente Soc. Ch. Cancerología.
Dra. Sylvia Armando	Radioterapeuta Oncóloga, Jefe oncología, H. Barros Luco Trudeau, Soc. Ch. Radioterapia.
Sra. Patricia Fuentes	Unidad Redes oncológicas, Dpto. Redes Alta Complejidad.
Sr. Nelson Guajardo	Analista, Fondo Nac. De Salud.
Dra. Dolores Tohá	Secretaría GES, DIPRECE, MINSAL.
Dra. Wanda Fernández	Soc. Ch. Anatomía Patológica. H. San Borja Arriarán.
Dra. Fancy Gaete	Soc. Ch. Anatomía Patológica. H. Luis Tisné.
Dra. Elsa Olave	Soc. Ch. Anatomía Patológica. H. San José.
Dr. Raúl Pisano	Soc. Ch. Anatomía Patológica. H. San Juan de Dios.
Enf. M. Lea Derio	Coordinadora grupo GPC, Especialista en oncología, Encargada Cáncer del Adulto.

Grupo de Trabajo de Cáncer Gástrico, Subcomisión Tumores Digestivos, Protocolos de Cáncer del Adulto, Ministerio de Salud. 2006.

Nota: Los cargos y filiación de cada miembro del grupo son los correspondientes al periodo en que participaron en la elaboración del Protocolo Ministerial.

1. Revisores y Editores

COORDINACIÓN CENTRAL:

Dr. Alfonso Calvo Belmar
Enf. María Lea Derio Palacios
Dr. René Estay Gutiérrez
Dr. Cristián Trujillo Lamas
Dr. Alfonso Díaz Fernández

A. GRUPO DIAGNOSTICO:

Dr. René Estay Gutiérrez
Gastroenterólogo
Soc. Ch. de Endoscopia
Servicio de Medicina
Hospital San Juan de Dios

Dr. Alfonso Calvo Belmar
Cirujano Gastroenterólogo
CRS La Florida
Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente

Coordinador grupo diagnostico
Profesor Dr. Pedro Llorens
Soc. Ch. Gastroenterología y
Endoscopia

Dr. Juan Carlos Concha
Subsecretaría de Salud
MINSAL

B. GRUPO TRATAMIENTO:

Dra. Miriam Chávez Rivera
Oncóloga Médico
Jefe Hospital Barros Luco Trudeau
Coordinadora grupo tratamiento

Dr. Alfonso Díaz Fernández
Jefe Cirugía Digestiva Alta
Hospital Sótero del Río
Soc. Ch. Cirujanos

Dra. Silvia Armando Román
Radioterapeuta
Hospital Barros Luco Trudeau
Clínica Radionuclear SA.

Dr. Cristián Trujillo Lamas
Jefe Equipo Cirugía Digestivo y Partes Blandas
Instituto Nacional del Cáncer
Presidente Soc. Ch. Cancerología

Dr. Iván Roa
Anatómo Patólogo
Hospital de Temuco Universidad de la
Frontera

Dr. Plácido Flores Ortiz
Jefe Equipo Cirugía Digestiva
Hospital de Temuco
Universidad de la Frontera

Dr. Ricardo Cerda Segali
Cirugía Digestiva
Hospital Barros Luco Trudeau

Dr. Sergio Báez Vallejos
Servicio de Cirugía
Hospital Sótero del Río

Dr. Federico Hernández Fonseca
Sub Jefe Cirugía Digestiva Alta
Hospital Barros Luco Trudeau

Dra. Marisol Ahumada
Anestesista
Subcoordinadora Nacional
Alivio del Dolor por Cáncer y
Cuidados Paliativos

Colaboradores de este grupo:

Dr. Roberto Burmeister
Cirugía Digestiva Alta
Hospital San Borja Arriarán

Dr. Juan Eduardo Conteras
Cirujano Digestivo
Hospital Del Salvador

Dr. Marco Bustamante Zamorano
Jefe Equipo Cirugía Digestiva Alta
Hospital Del Salvador

Dr. Alfonso Sandoval Medina
Cirugía Digestiva Gastroenterólogo
Instituto Chileno Japonés de Enfermedades
Digestivas
Hospital San Borja Arriarán

Dr. Juan Stambuk M.
Jefe Cirugía Oncológica
Hospital San Juan de Dios

C. GRUPO REGISTRO:

Dr. Sergio Báez Vallejos
Servicio de Cirugía
Hospital Sótero del Río

Enf. Lea Derio Palacios
Unidad de Cáncer
MINSAL

Coordinador grupo registro
Enf. Claudia Aguayo
Registros y Seguimientos Servicio de
Cirugía
Hospital Sótero del Río

REUNIONES DE CONSENSO:

Dr. Patricio Burdiles P.
Departamento de Cirugía
Hospital Clínico U.Chile,
J.J. Aguirre

Dr. Jorge Madrid A.
Médico Oncólogo
G. Oncológico Cooperativo
Chileno de Investigación

Dr. Patricio Olfos
Instituto de Radio Medicina

Dr. Luis Ibáñez A.
Jefe Departamento Cirugía Digestiva
Pontificia Universidad Católica de Chile

Jefatura DPP – DISAP
MINSAL Dr. Carlos Becerra Flores.
Jefe (S) División Programas de las
Personas

Dr. José Riumallo
Encargado Unidad de Nutrición,
MINSAL

Dra. M. Cristina Escobar
Encargado Programa de Salud del
Adulto,
MINSAL

Alicia Villalobos
Enfermera
Encargada Programa de Salud del
Adulto Mayor
MINSAL

Patricia Morgado Alcayaga
Enfermera
Encargado Programa de Salud del
Adulto MINSAL

PROGRAMA CÁNCER DEL ADULTO PANDA:

- | | |
|---|---|
| Dra. M. Elena Cabrera | Dr. Denis Suárez |
| Dra. Miriam Chávez | Dra. Vivianne Lois |
| Dra. Berta Cerda | Dr. Hernán García |
| Dra. Lucía Bronfman | Dr. Hernán Rojas |
| M. Lea Derio | Dr. César del Castillo |
| Dr. Rodrigo Soto
Jefe División Atención Primaria
MINSAL | Sra. Cecilia Jarpa
Jefe Comercialización FONASA |
| Dr. César Castillo Córdoba
Oncólogo Médico
Hospital Barros Luco-Trudeau | Dr. Hernán Pulgar Aguirre
Cirujano Gástrico Encargado Programa Cáncer
Servicio de Salud Maule |
| Dra. Gilda Gnecco T.
Unidad de Calidad y Regulación
MINSAL | |

2. Grupo de trabajo que elaboró las pautas de procesamiento y diagnóstico de muestras de biopsia endoscópica y gastrectomía en cáncer gástrico del protocolo ministerial:

- | | |
|----------------------|-----------------------------|
| Dra. Wanda Fernández | Hospital San Borja Arriarán |
| Dra. Fancy Gaete | Hospital Santiago Oriente |
| Dra. Elsa Olave | Hospital San José |
| Dr. Raúl Pisano | Hospital San Juan de Dios |

3. Grupo de trabajo del estudio "Análisis de información científica para el desarrollo de protocolos auge: Cáncer Gástrico (2004)", comisionado por el Ministerio de Salud a la Universidad de Chile:

Nota: Los cargos y filiación de cada miembro del grupo son los correspondientes al periodo en que participaron en la elaboración del estudio.

- Dra. María Teresa Valenzuela B.
 Coordinador
 Médico Epidemiólogo
 Directora del CICEEC,
 Escuela de Salud Pública
 Facultad de Medicina
 Universidad de Chile
- Dr. Guillermo Watkins
 Médico Cirujano Departamento de Cirugía
 Hospital Clínico de la Universidad de Chile "J.J. Aguirre"

QF Ariel Castro L.
Unidad Análisis y Gestión Clínica
Hospital Clínico de la Universidad de Chile "J.J. Aguirre"

Dr. Stefan Danilla E. Epidemiólogo Clínico
Centro de Epidemiología Clínica
Hospital Clínico de la Universidad de Chile "J.J. Aguirre"

El Dr. Ríos realizó una revisión sistemática de la literatura adicional y formuló una primera versión de esta GPC para el Ministerio de Salud:

Dr. Eddy Marcelo Ríos Castellanos

Gastroenterólogo,
Master en Epidemiología Clínica
Hospital Hernán Henríquez Aravena
de Temuco,
Departamento de Medicina,
Universidad de la Frontera (UFRO), Facultad de Medicina,
Departamento de Medicina Interna,
Centro de Capacitación, Investigación y Gestión para la Salud Basada en la Evidencia,
UFRO.

En este trabajo participaron también como revisores:

Dr. Edmundo Hofmann Frene
Gastroenterólogo.
Hospital Hernán Henríquez Aravena de
Temuco, Departamento de Medicina
UFRO

Dr. Armando Sierralta
Gastroenterólogo.
Hospital Hernán Henríquez Aravena de
Temuco, Departamento de Medicina
UFRO

Asesoría Metodológica:

Dra. Dolores Tohá T.
Secretaría Técnica AUGE
Ministerio de Salud

Dr. Miguel Araujo A.
Unidad de Evaluación de Tecnologías de
Salud/Unidad GES
Ministerio de Salud

Diseño y diagramación de la Guía:

Lilian Madariaga

Secretaría Técnica GES
Ministerio de Salud

Declaración de conflicto de interés de los participantes: No registrado.

ANEXO 1. Modelo de Solicitud de Endoscopia

Edad RUT Fecha solicitud
 Fono Dirección

Realice el examen clínico y la anamnesis con especial atención a los síntomas señalados con (*).

ANTECEDENTES MÓRBIDOS, MÉDICOS Y QUIRÚRGICOS

Medicamentos	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Especificar (cantidad, tiempo)	<input type="text"/>
Alcohol	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Especificar (cantidad, tiempo)	<input type="text"/>
Tabaco	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Especificar (cantidad, tiempo)	<input type="text"/>
Familiar 1º Ca. Gástrico	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Especificar (cantidad, tiempo)	<input type="text"/>

SINTOMATOLOGÍA ACTUAL:

1. Dolor Abdominal NO SI Tiempo de Evolución (<30 días)
 Intensidad EVA Si es Dispéptico, investigue(*)
 Localización
 Tipo
 Irradiación
 Alivia con
 Inmediato
 Agrava con

2. Anorexia NO SI Tiempo de Evolución (*)

3. Náuseas NO SI Tiempo de Evolución (<30 días)

4. Vómito NO SI Tiempo de Evolución (<30 días)
 Alimentario Bilioso De retención

5. Baja de peso NO SI Kg. Tiempo de Evolución (*)

6. Meteorismo NO SI Tiempo de Evolución (*)

7. Disfagia NO SI Ilógica Lógica Tiempo de Evolución (*)

8. Regurgitación NO SI Diaria Ocasional Tiempo de Evolución (*)

9. Pirosis NO SI Diaria Ocasional Tiempo de Evolución (*)

10. Tránsito Intestinal Normal Alterado Tiempo de Evolución (*)
 Diarrea Constipación Ambos

11. Plenitud gástrica post-prandial NO SI Diaria Ocasional Tiempo Evolución (*)

12. Hemorragia digestiva NO SI Tiempo de Evolución (*)
 Hematemesis Melena Ambos

Endoscopías Previas NO SI Fechas y Diagnósticos previa erradicación ulcus o atipias:

Test de Ureasa NO SI Antibióticos usados

Nombre y Firma del Médico: _____

Teléfono: _____

Fecha de Recepción de la Solicitud: _____

ANEXO 2. Técnica de Endoscopia Digestiva Alta

Información al paciente:

- Los aspectos éticos y los riesgos de cada técnica, por bajos que ellos sean, deben ser considerados. Por tanto debe informarse al paciente de los objetivos del procedimiento, sus probables resultados y los probables riesgos. La responsabilidad de establecer un diagnóstico determinado es muy alta, así como informar que una exploración endoscópica ha resultado normal.
- La técnica de endoscopia alta requiere de un ayuno de 8 horas, debiendo indicarse al paciente que no ingiera alimentos líquidos o sólidos durante ese lapso.
- Además se debe instruir para que suspenda todo tipo de medicamentos por vía oral en ese periodo.

Excepcionalmente se puede permitir la ingesta de 200 a 300 cc de líquidos hasta 4 horas antes del examen.

Premedicación:

- Retirar prótesis dentarias
- Preguntar por antecedentes de alergia a medicamentos
- Midazolam en dosis de 3 a 10 mg i.v.
- En caso de alguna reacción adversa (muy raras), puede ser tratada con Flumazenilo (Lanexat®) i.v. en dosis y tiempo necesario para neutralizar los efectos del Midazolam.

Anestesia:

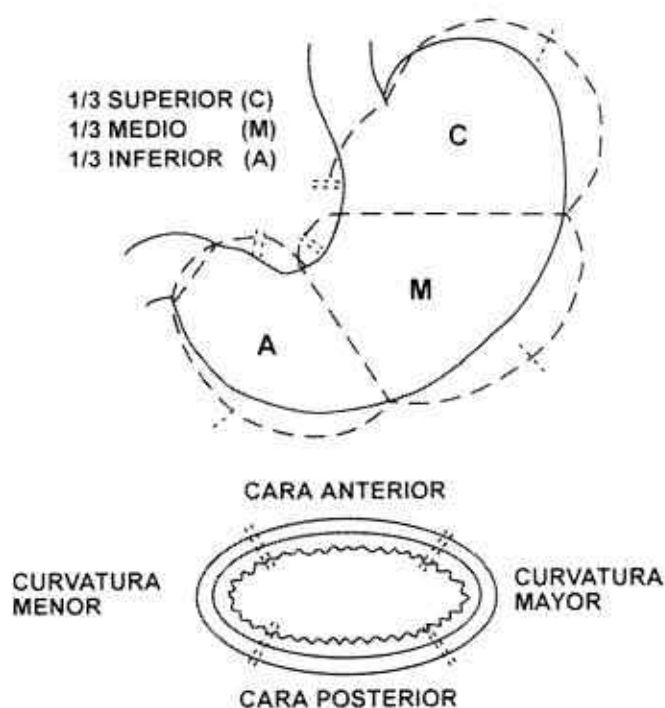
- La anestesia faríngea se realiza con Xylocaína spray o Dimecaína (Lidocaína Clorhidrato 10%). En caso de edema laríngeo se puede requerir de Raccinephrine spray al 2.25%.
- Recuperación de la anestesia, control de signos vitales y observación a cargo de enfermera y técnicos paramédicos capacitados.
- Carro de Paro disponible.

Posición del Paciente:

- La posición en que se le coloca el paciente en la camilla es en decúbito lateral izquierdo, ayudándole a estar cómodo y relajado.
- La posición de la cabeza es importante y la auxiliar debe cuidar que no la mueva, manteniéndola en una leve deflexión mientras se pasa el tubo, llevándola luego a que éste ha pasado a una leve flexión.
- La introducción del instrumento debe ser suave y en todo momento bajo la visión del lumen, sin ejercer presiones fuertes y basta con guiarlo desde fuera.
- Si hay dificultad, debe retirarse e intentarse nuevamente la introducción después de calmar al paciente, e invitarlo a que colabore haciendo una deglución con el instrumento.
- A medida que se avanza, con el instrumento ya recorriendo las primeras porciones del esófago, se va insuflando aire a fin de lograr una adecuada distensión de las paredes y es el momento de efectuar una buena observación del esófago, ya que posterior al retiro, es posible que un eventual sangramiento cardinal impida una visión satisfactoria.
- Al entrar al estómago debe acentuarse la insuflación, pues la que fuera suficiente para el esófago no es suficiente aquí. La exploración se realiza, siguiendo la curvatura menor, observando las paredes laterales y la curvatura mayor ocupada por el lago mucoso el cual se aspira parcialmente, se alcanza el antro y el píloro, pasando inmediatamente al duodeno el cual es explorado hasta su segunda porción después de una flexión lateral derecha.

- Al volver al estómago, es muy recomendable lavar bajo visión directa la mucosa antral y región angular, a fin de remover el mucus adherido, la bilis y las burbujas formadas, las cuales pueden dificultar en forma importante la visión, y en algunos casos, se recomienda lavar con una solución de Metilpoliciloxano.
- Explorado el antro es conveniente realizar la maniobra de retroflexión larga. Apoyado sobre la curvatura mayor flexar decididamente la punta del instrumento y se vuelve a introducir, con lo cual la punta queda mirando el ángulo desde abajo hacia arriba, con esta maniobra se logra una muy buena exploración del ángulo, recorriéndolo con movimientos de lateralidad en toda su extensión. Se recoge el instrumento llegando a ver el fondo y región sub cardial, después de un lavado con aspiración y bajo visión directa.
- Después de hacer la retrovisión se explora el cuerpo, aspirando el líquido y secreciones del lago mucoso e insuflando en forma enérgica. En estos momentos es de gran utilidad en algunos casos colocar al paciente en decúbito dorsal, con esta maniobra las secreciones se escurren dejando perfectamente visible la totalidad de la curvatura mayor.

Localización de Lesiones Gástricas



Fuente: Handbook of registration of stomach cancer patient, WHO international reference center to evaluate methods of diagnosis and treatment of stomach cancer, Tokyo, Japan, 1973.

Técnicas de Tinción:

- Existen varias de ellas denominadas cromoendoscopia. En esófago es de gran utilidad el Lugol al 2% el cual es captado por el glicógeno de la mucosa esofágica que toma un color café negruzco. La mucosa no capta la coloración en caso de: inflamaciones severas, cicatrices, úlceras, áreas de metaplasia intestinal o gástrica, displasias y en el cáncer, lo cual permite delimitar las lesiones, resaltarlas y dirigir las biopsias. Antes de usar esta tinción, se debe interrogar al paciente sobre antecedentes de alergia al yodo.
- La absorción del lugol es inmediata, por lo que es conveniente lavar enérgicamente con agua y aspirar su remanente.
- La aplicación se efectúa de distal a proximal, teniendo la precaución de elevar la cabeza del paciente para proteger su vía aérea.
- Como esta aplicación puede ocasionar dolor, es necesario advertir al paciente y usar antiácidos o sucralfato al terminar el procedimiento.
- Algunos autores recomiendan la tinción con azul de metileno, que es absorbido por la mucosa con metaplasia intestinal, siendo especialmente útil en el diagnóstico y seguimiento del Esófago de Barrett.
- La cromo-endoscopia gástrica con azul de metileno o índigo carmín favorece notablemente la detección de lesiones, especialmente las planas y deprimidas estableciendo con mayor precisión su morfología y límites. Su uso es igualmente beneficioso para dirigir la toma de biopsias.
- La biopsia permite confirmar el diagnóstico endoscópico y facilita dilucidar la naturaleza de aquellas lesiones que ofrecen duda diagnóstica. Ocasionalmente la histología obtenida con la biopsia rescata el diagnóstico de malignidad en lesiones que parecían benignas y más raramente puede ocurrir lo opuesto. El número de biopsias debe ser suficiente y adecuado al tipo de lesión.
- Es necesario recalcar que toda lesión gástrica deprimida y ulcerada debe ser biopsiada por benigna que parezca.
- En las lesiones ulceradas las muestras deben ser tomadas de los bordes en número no menor de cinco.
- En las lesiones deprimidas planas es conveniente incluir biopsias del centro. Las lesiones polipoideas igualmente deben ser biopsiadas a fin de confirmar su etiología.

Prueba de ureasa:

- Se recomienda el uso de la prueba de ureasa para la detección del *Helicobacter pylori* en aquellos casos en que se demuestre alguna patología gástrica, duodenal o esofágica.
- Las muestras deben ser tomadas de mucosa antral y fúndica. No es recomendable tomar las muestras en sitios donde hay patología, en aquellas zonas que se utilizó tinción de azul de metileno o en áreas hemorrágicas.
- La muestra se introduce en una solución de 1,5 cc de ureasa y se observa el cambio desde un color citrino hasta un rosado pálido en los casos positivos. La observación se debe mantener por 24 hrs a temperatura ambiente con el receptáculo cerrado.

Conclusión del examen:

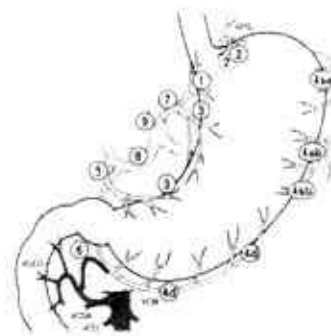
- Finalizada la exploración endoscópica el médico debe hacer el informe completo de lo observado, utilizando para ello un formulario y procedimiento estándar.

ANEXO 3. Modelo de Informe de Endoscopia

NOMBRE: _____ RUT _____
 FECHA _____ FECHA NACIMIENTO _____
 DIRECCIÓN _____
 EDAD _____ TELÉFONO _____
 PRIORIDAD _____ PROCEDENCIA _____
 DIAGNÓSTICO CLÍNICO _____ N° REGISTRO _____

INSTRUMENTO:

DESCRIPCIÓN:



Esófago:

Estómago :

Píloro :

Bulbo duodenal y D2 :

BIOPSIAS: TEST UREASA: VIDEO: FOTOS:

CONCLUSIONES:

- 1.-
- 2.-

NOMBRE DEL MEDICO:

ANEXO 4. Modelo de Información al Paciente para Endoscopia

NOMBRE: _____

FECHA CITACIÓN _____ HORA _____

- La endoscopia digestiva alta es un procedimiento diagnóstico e incluso sirve de tratamiento en algunas condiciones.
- Permite observar en forma directa la mucosa del esófago, estómago y duodeno.
- En caso de lesiones que requieran un estudio se toman biopsias que son analizadas por un patólogo, el cual hará un informe escrito y éste demora alrededor de siete días.
- También se puede estudiar la presencia de una bacteria, el *Helicobacter pylori*, en la mucosa gástrica, que se asocia con la úlcera gástrica duodenal, es importante resaltar que muchas personas son portadoras de esta bacteria y nunca tener enfermedad, por eso no es un examen de rutina y sólo se realiza si el endoscopista lo estima necesario, se efectúa con una muestra de mucosa en un reactivo especial.
- Algunas veces se complementa el examen con tinciones especiales de lugol e índigo carmín lo cual puede dejar un sabor a yodo terminado el procedimiento y alarga el tiempo de éste.
- Es un procedimiento que no duele, puede molestar y esto depende en gran parte de la adecuada sedación que reciba el paciente, como de las expectativas que éste tenga.

No Olvide

- Usted debe venir acompañado de un adulto.
- No podrá manejar después del procedimiento.
- Antes del examen debe permanecer sin comer por ocho horas como mínimo para los alimentos sólidos, y seis horas para los líquidos.
- Evite venir acompañada de niños pequeños porque no podrá cuidarlos y suelen aburrirse.
- Si tiene endoscopias antiguas traerlas.
- Si es portador de alguna enfermedad infórmelo en el momento del examen.
- Informe sobre alergias a medicamentos y al yodo.
- No consuma bebidas alcohólicas 24 horas después del examen.
- Puede comer después de una hora de terminada la endoscopia, los mismos alimentos que consumía antes, a menos que se le indique lo contrario.
- No olvide llevar siempre los resultados a su médico tratante y retirar las biopsias si éstas son tomadas

ANEXO 5. Pautas de Procesamiento y Diagnóstico

Biopsia Endoscópica Gástrica:

1. La solicitud debe incluir el nombre completo del paciente, edad, RUT, antecedentes clínicos pertinentes, hallazgos endoscópicos y sitio de toma de muestras (o una copia del informe endoscópico en la que consten estos antecedentes).
2. Las muestras deben ser dispuestas en el orden numérico correspondiente dentro de una cápsula o frasco aplanado de boca ancha que contenga un papel filtro con números horarios, y luego cubiertas en formalina al 10%, idealmente tamponada. Identificar correctamente el envase. Si la muestra fuera enviada a otro sitio para su procesamiento, el envase debe ser sellado adecuadamente para evitar la desecación. Este proceso debe ser supervisado siempre por enfermera o por el endoscopista.
3. El endoscopista debe procurar tomar muestras de tamaño adecuado. Muestras muy pequeñas corren el riesgo de perderse en el proceso o resultar insuficientes. De la misma manera, deben evitarse las muestras de tejido necrótico (lecho de lesión ulcerada), y procurar que contengan tejido viable del borde de la lesión.
4. El envío de las muestras a Anatomía Patológica debe realizarse lo más pronto posible.
5. En Anatomía Patológica, las muestras deben procesarse según el procedimiento habitual, cuidando de colocarlas en el porta en orden numérico creciente desde el borde esmerilado o el que lleva el número de la biopsia, en un máximo de 4 muestras por taco y con 2 a 3 desgastes. Las muestras demasiado pequeñas deben incluirse aparte y las de tamaño muy distinto, también. Realizar de rutina tinción de HE y Giemsa.
6. El informe debe incluir: una descripción macroscópica con el número y localización de las muestras, una descripción microscópica que incluya tipo de mucosa y hallazgos patológicos, y una conclusión diagnóstica basada en clasificación japonesa:

Grupo I	Mucosa normal o epitelio de lesiones benignas sin atipias.
Grupo II	Lesiones con epitelio atípico interpretado definitivamente como benigno.
Grupo III	Lesiones limitrofes entre los que se considera benigno y maligno.
Grupo IV	Lesiones altamente sospechosas de cáncer.
Grupo V	Definitivamente carcinoma

Finalmente, incluir sugerencias o recomendaciones según corresponda (por ejemplo, "controlar y/o repetir, biopsias de Grupo III", "repetir, biopsias de Grupo IV").

7. Los informes debieran estar disponibles en un máximo de 5 días hábiles.
8. Los casos positivos deben quedar debidamente registrados.

Gastrectomía por Cáncer Gástrico

Gastrectomía total	Incluye cardias y piloro.
Gastrectomía subtotal	Incluye piloro.
Gastrectomía subtotal proximal o invertida	Incluye cardias.

Procedimiento:

1. Abrir la pieza por la curvatura mayor, a menos que el tumor se encuentre en la curvatura mayor, en cuyo caso debe ser abierta por la curvatura menor.
2. Diseccionar los linfonodos de acuerdo a los grupos ganglionares que trae la pieza quirúrgica:

GRUPO 1	Linfonodo cardial derecho.
GRUPO 2	Linfonodo cardial izquierdo.
GRUPO 3	Linfonodos a lo largo de la curvatura menor.
GRUPO 4	Linfonodos a lo largo de la curvatura mayor.
GRUPO 5	Linfonodo suprapilórico.
GRUPO 6	Linfonodo infrapilórico.
GRUPO 10	Linfonodo del hilio esplénico.
GRUPO 11	Linfonodo a lo largo de la arteria esplénica.
Los otros grupos ganglionares deben enviarse identificados por separado por el cirujano (7-8-9).	

3. Si la pieza incluye bazo, diseccionar los linfonodos del hilio esplénico. Medir y pesar el Bazo.
4. Pinchar la pieza extendida en una lámina de corcho o de parafina. Fijarla durante el tiempo necesario (por ejemplo, durante la noche), con la mucosa hacia la formalina.
5. Tomar 2 fotografías o fotocopias donde se registrarán los cortes a usar.
6. Pintar los bordes con tinta china.
7. Las secciones debe ser hechas en forma perpendicular a los pliegues de la mucosa.

Descripción Macroscópica:

1. Identificar tipo de resección (total o subtotal), longitud por curvatura mayor, longitud de curvatura menor, longitud del duodeno, longitud del esófago.
2. Características del tumor:
 - Localización (tercio superior, medio, inferior o combinaciones y cara anterior, posterior, curvatura menor, curvatura mayor o combinaciones).
 - Tamaño: Dos ejes, el **ESPESOR Y PROFUNDIDAD DE LA INVASION**: mucoso "m", submucoso "sm", muscular propia "mp", subseroso "ss", serosa "s".
 - Forma: Tipos de Bormann en infiltrante y clasificación japonesa del incipiente.
 - Extensión a duodeno, distancia del tumor a los bordes quirúrgicos.
3. Apariencia de la mucosa y pared normal

Secciones Histológicas:

- TUMOR: 4 secciones a través de la pared, incluyendo el borde tumoral y mucosa adyacente.
- Mucosa no neoplásica: 2 cortes.
- Margen proximal.
- Margen distal.
- Bazo si está presente.
- Páncreas si está presente.
- Linfonodos: todos los encontrados en los grupos 1-2-3-4-5-6-10 y 11.

Diagnóstico Final:

Debe consignar:

1. Tipo de cirugía: Gastrectomía total o parcial.
2. Si es un cáncer incipiente y avanzado: tipo macroscópico (clasificación de Bormann y clasificación japonesa del cáncer gástrico incipiente).
3. Ubicación en el estómago.
4. Tamaño y nivel de invasión en la pared.
5. Tipo histológico.
6. Compromiso de vasos linfáticos, sanguíneos y neural.
7. Distancia de márgenes quirúrgicos del tumor.
8. Diagnóstico del resto del estómago: Presencia de gastritis, metaplasia intestinal, otras lesiones, Helicobacter Pylori.
9. Diagnóstico la disección ganglionar: grupos ganglionares estudiados, cantidad de ganglios por grupo, número de ganglios comprometidos y de que grupos, informar si existe compromiso de cápsula ganglionar y del tejido adiposo periganglionar.
10. Informar presencia de neoplasia en epiplón menor y mayor.
11. Informar bazo, vesícula biliar y otros órganos que se hayan mandado a estudio

ANEXO 6. Clasificación Macroscópica para la Etapificación del Cáncer Gástrico

Cáncer Incipiente: Clasificación japonesa

I	Elevado
Ila	Levemente Elevado
IIb	Plano
IIc	Deprimido
III	Excavado o Ulcerado
En tipos mixtos se colocara primero el que tiene mayor diámetro	

Cáncer Avanzado: Clasificación de Borman

Tipo I	Lesión polipoidea, base ancha y bien demarcada de la mucosa alrededor
Tipo II	Similar a la anterior con ulceración central.
Tipo III	Ulcerado sin limites definidos, infiltrando la mucosa de alrededor.
Tipo IV	Difusamente infiltrante o Linitis plástica.
Tipo V	No asimilable a los anteriores

Etapificación (American Joint Comission on cancer, 1997)

(T) Tumor primario	
TX:	tumor Primario no puede evaluarse
T0:	Sin evidencia de tumor primario
Tis:	Carcinoma en situ: tumor d intra epitelial sin la invasión de la lámina propia
T1:	Tumor invade lamina propia o submucosa
T2:	Tumor invade muscular propia o subserosa *
T3:	Tumor penetra serosa (peritoneo visceral) sin invadir las estructuras adyacentes **, ***
T4:	Tumor invade las estructuras adyacentes ***

* El tumor puede penetrar la muscular propia con extensión a los ligamentos gástrico o gastrohepático o al omentum mayor o menor sin perforar el peritoneo visceral que cubre estas estructuras. En este caso, el tumor es clasificado T2. Si hay perforación de peritoneo visceral que cubre los ligamentos gástricos u omentum el tumor debe ser clasificado T3.

** Las estructuras adyacentes al estómago incluyen bazo, colon transverso, hígado, diafragma, páncreas, la pared abdominal, la glándula suprarrenal, el riñón, intestino delgado y el retroperitoneo.

*** Extensión Intramural al duodeno o al esófago se clasifica por la invasión de mayor profundidad en cualquiera de estos sitios, incluso el estómago.

(N) Linfonodos regionales	
Los linfonodos regionales son los nodos perigástricos, encontrados a lo largo de las curvaturas menor y mayor, y los nodos localizados a lo largo de las arterias gástricas izquierda, hepática, esplénica. Para pN, un espécimen de linfadenectomía regional contendrá ordinariamente por lo menos 15 ganglios linfáticos. El compromiso tumoral de otros ganglios linfáticos intra-abdominales, como hepatoduodenal, retropancreaticos, mesentéricos, y para-aórticos, se clasifica como metástasis a distancia.	
NX:	Linfonodo no puede evaluarse
N0	Sin metástasis a linfonodos regionales
N1:	Metástasis en 1 a 6 linfonodos regionales
N2:	Metástasis en 7 a 15 linfonodos regionales
N3:	Metástasis en más de 15 linfonodos regionales
(M) Metástasis	
MX:	Metástasis no pueden evaluarse
M0:	Sin metástasis
M1:	Metástasis

ESTADIOS

Estadio 0	Tis	N0	M0
Estadio IA	T1	N0	M0
Estadio IB	T1	N1	M0
	T2	N0	M0
Estadio II	T1	N2	M0
	T2	N1	M0
	T3	N0	M0
Estadio IIIA	T2	N2	M0
	T3	N1	M0
	T4	N0	M0
Estadio IIIB	T3	N2	M0
Estadio IV	T1,T2,T3	N3	M0
	T4	N1,N2,N3	M0
	Cualquier T	Cualquier N	M1

ANEXO 7. Quimioterapia Neoadyuvante (Cunningham; Magic Trial)

Tres ciclos preoperatorios y tres ciclos postoperatorios.

Cada ciclo de 3 semanas consiste en:

- Epirubicin (50 mg/mt²) en bolo IV el día 1
- Cisplatino (60 mg/mt²) IV con hidratación el día 1, y
- Fluorouracil (200 mg/mt²) diario por 21 días mediante infusión continua. Un mg diario de warfarina recomendado para profilaxis de trombosis.

Previo a cada ciclo: recuento hematológico completo, BUN, electrolitos, creatinemia y pruebas de función hepática.

Modificaciones del régimen son recomendables en pacientes con mielosupresión y trombocitopenia, y del fluorouracilo en aquellos con estomatitis, síndrome mano-pie (palmar-plantar eritrodismestesia palmar-plantar), y diarrea.

En pacientes con historia de cardiopatía isquémica, evaluar fracción de eyección mediante ecocardiograma. Si ésta es menor al 50%, omitir epirubicina.

Si se produce aumento en niveles de creatinemia, ajustar dosis de cisplatino según clearance. Descontinuar la droga en pacientes con ototoxicidad o daño sensorial significativo.

Quimiorradioterapia (MacDonald; INT Trial SWOG-9008/INT0116)

Quimioterapia: fluorouracil, 425 mg/mt² por día y leucovorina, 20 mg/mt² por día por 5 días, 20 a 40 días después de la cirugía.

Quimio-radioterapia: comienza 28 días después del inicio del primer ciclo de quimioterapia. Consiste en 4500 cGy a 180 cGy diarios, 5 días a la semana por 5 semanas, sumado a fluorouracilo (400 mg/mt² por día) y leucovorina (20 mg/mt² por día) en bolo IV en los primeros 4 y últimos 3 días de la radioterapia. Un mes después de completar la radioterapia, aplicar dos ciclos de 5 días de fluorouracil, 425 mg/mt² por día y leucovorina, 20 mg/mt² por día, separados por un mes. La dosis de fluorouracilo debe reducirse en pacientes con efectos tóxicos mayores (grados III y IV).

Los 4500 cGy de radiación se administran en 25 fracciones, 5 días a la semana, al lecho tumoral, los ganglios regionales y dos cms más allá de los márgenes distal y proximal de la resección.

La presencia de lesiones proximales T3 requiere tratamiento del hemidifragma izquierdo medial.

Los campos de radiación incluyen los ganglios perigástricos, celiacos, paraaórticos locales, esplénicos, hepatoduodenales o hepático-portales, y pancreatoduodenales.

Se permite la exclusión de ganglios esplénicos en pacientes con lesiones antrales si es necesario para respetar el riñón izquierdo.

La radiación se administra con al menos 4 MeV photons.

ANEXO 8. Lista de Abreviaturas Utilizadas en la Guía

ECA	Ensayo Clínico Aleatorizado
ESE	Endosonografía endoscópica
GGT	Gamaglutamiltranspeptidasa
NCI	National Cancer Institute
RNM	Resonancia nuclear magnética
TAC	Tomografía axial computarizada
TEP	Tomografía por Emisión de Positrones

8. REFERENCIAS

- ¹ D. Max Parkin, Freddie Bray, J. Ferlay and Paola Pisani, Global Cancer Statistics, 2002 CA Cancer J Clin 2005; 55:74-108
- ² Csendes A, Smok G, Medina E, Salgado I, Rivera R, Quitral M. Clinical course characteristics of gastric cancer, 1958-1990. Rev. Med Chil. 1992 Jan; 120(1):36-42.
- ³ Csendes A, Smok G, Medina E, Salgado I, Rivera R, Quitral M.[Clinical course characteristics of gastric cancer 1958-1990. Rev Med Chil. 1992 Jan; 120(1):36-42.
- ⁴ Allum WH, Griffin SM, Watson A, Colin-Jones D; Association of Upper Gastrointestinal Surgeons of Great Britain and Ireland; British Society of Gastroenterology; British Association of Surgical Oncology. Guidelines for the management of oesophageal and gastric cancer. Gut. 2002 Jun; 50 Suppl 5:v1-23.]
- ⁵ Federation nationale des centres de lutte contre le cancer. Recommendations for clinical practice: 2004 Standards, Options and Recommendations for management of patients with adenocarcinomas of the stomach (excluding cardiac and other histological forms of cancer) Federation nationale des centres de lutte contre le cancer] Gastroenterol Clin Biol. 2005 Jan;29(1):41-55.
- ⁶ Toshifusa Nakajima. Gastric cancer treatment guidelines in Japan. Gastric Cancer, 2002, 5: 1-5.
- ⁷ "Estudio del análisis de la información científica para el desarrollo de protocolos AUGC: Cáncer Gástrico", Universidad de Chile, 2004.
- ⁸ Capítulo de Cáncer Gástrico de: Clinical Evidence, de la British medical Journal: A compendium of the best available evidence for effective health care, 2000 – 2004.
- ⁹ Tredaniel J, Boffetta P, Buiatti E, Saracci R, Hirsch A. Tobacco smoking and gastric cancer: review and meta-analysis. Int J Cancer. 1997 Aug 7; 72(4):565-73.
- ¹⁰ Wu AH, Wan P, Bernstein L. A multiethnic population-based study of smoking, alcohol and body size and risk of adenocarcinomas of the stomach and esophagus (United States). Cancer Causes Control. 2001 Oct; 12(8):721-32.
- ¹¹ Van den Brandt PA, Botterweck AA, Goldbohm RA. Salt intake, cured meat consumption, refrigerator use and stomach cancer incidence: a prospective cohort study (Netherlands). Cancer Causes Control. 2003 Jun; 14(5):427-38.
- ¹² Mayne ST, Risch HA, Dubrow R, Chow WH, Gammon MD, Vaughan TL, Farrow DC, Schoenberg JB, Stanford JL, Ahsan H, West AB, Rotterdam H, Blot WJ, Fraumeni JF Jr. Nutrient intake and risk of subtypes of esophageal and gastric cancer. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev. 2001 Oct; 10(10):1055-62.
- ¹³ Buiatti E, Palli D, Decarli A, Amadori D, Avellini C, Bianchi S, Bonaguri C, Cipriani F, Cocco P, Giacosa A, et al. A case-control study of gastric cancer and diet in Italy: II. Association with nutrients. Int J Cancer. 1990 May 15; 45(5):896-901.
- ¹⁴ Knekt P, Jarvinen R, Dich J, Hakulinen T. Risk of colorectal and other gastro-intestinal cancers after exposure to nitrate, nitrite and N-nitroso compounds: a follow-up study. Int J Cancer. 1999

Mar 15; 80(6):852-6.

- ¹⁵ La Vecchia C, Negri E, Franceschi S, Gentile A. Family history and the risk of stomach and colorectal cancer. *Cancer*. 1992 Jul 1; 70(1):50-5.
- ¹⁶ Palli D, Russo A, Ottini L, Masala G, Saieva C, Amorosi A, Cama A, D'Amico C, Falchetti M, Palmirotta R, Decarli A, Costantini RM, Fraumeni JF Jr. Red meat, family history, and increased risk of gastric cancer with microsatellite instability. *Cancer Res*. 2001 Jul 15; 61(14):5415-9.
- ¹⁷ Huang JQ, Sridhar S, Chen Y, Hunt RH. Meta-analysis of the relationship between *Helicobacter pylori* seropositivity and gastric cancer. *Gastroenterology*. 1998 Jun; 114(6):1169-79.
- ¹⁸ Huang JQ, Zheng GF, Sumanac K, Irvine EJ, Hunt RH. Meta-analysis of the relationship between *cagA* seropositivity and gastric cancer. *Gastroenterology*. 2003 Dec; 125(6):1636-44.
- ¹⁹ Fendrick AM, Chernew ME, Hirth RA, Bloom BS, Bandekar RR, Scheiman JM. Clinical and economic effects of population-based *Helicobacter pylori* screening to prevent gastric cancer. *Arch Intern Med*. 1999 Jan 25; 159(2):142-8.
- ²⁰ An international association between *Helicobacter pylori* infection and gastric cancer. The EUROGAST Study Group. *Lancet*. 1993 May 29; 341(8857):1359-62. Erratum in: *Lancet* 1993 Jun 26; 341(8861):1668.
- ²¹ Danesh J. *Helicobacter pylori* infection and gastric cancer: systematic review of the epidemiological studies. *Aliment Pharmacol Ther*. 1999 Jul; 13(7):851-6. Review.
- ²² *Helicobacter and Cancer Collaborative Group*. Gastric cancer and *Helicobacter pylori*: a combined analysis of 12 case control studies nested within prospective cohorts. *Gut*. 2001 Sep; 49(3):347-53. Review.
- ²³ Valenzuela MT, Watkins G, Castro A, Danilla S. Universidad de Chile. Análisis de información científica para el desarrollo de protocolos auge: Cáncer Gástrico (2004).
- ²⁴ Calvo A y Cols. "Protocolos Cáncer del Adulto, Ministerio de Salud 2005. Cáncer Gástrico".
- ²⁵ Malila N, Taylor PR, Virtanen MJ, Korhonen P, Huttunen JK, Albanes D, Virtamo J. Effects of alpha-tocopherol and beta-carotene supplementation on gastric cancer incidence in male smokers (ATBC Study, Finland). *Cancer Causes Control*. 2002 Sep; 13(7):617-23.
- ²⁶ Jacobs EJ, Connell CJ, McCullough ML, Chao A, Jonas CR, Rodriguez C, Calle EE, Thun MJ. Vitamin C, vitamin E, and multivitamin supplement use and stomach cancer mortality in the Cancer Prevention Study II cohort. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 2002 Jan; 11(1):35-41.
- ²⁷ Zhu S, Mason J, Shi Y, Hu Y, Li R, Wahg M, Zhou Y, Jin G, Xie Y, Wu G, Xia D, Qian Z, Sohng H, Zhang L, Russell R, Xiao S. The effect of folic acid on the development of stomach and other gastrointestinal cancers. *Chin Med J (Engl)*. 2003 Jan; 116(1):15-9.
- ²⁸ Fleischauer AT, Poole C, Arab L. Garlic consumption and cancer prevention: meta-analyses of colorectal and stomach cancers. *Am J Clin Nutr*. 2000 Oct; 72(4):1047-52.
- ²⁹ Wong BC, Lam SK, Wong WM, Chen JS, Zheng TT, Feng RE, Lai KC, Hu WH, Yuen ST, Leung SY, Fong DY, Ho J, Ching CK, Chen JS; China Gastric Cancer Study Group. *Helicobacter pylori*

eradication to prevent gastric cancer in a high-risk region of China: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2004 Jan 14; 291(2):187-94.

³⁰ Zhou L, Sung JJ, Lin S, Jin Z, Ding S, Huang X, Xia Z, Guo H, Liu J, Chao W. A five-year follow-up study on the pathological changes of gastric mucosa after *H. pylori* eradication. *Chin Med J (Engl)*. 2003 Jan; 116(1):11-4.

³¹ Correa P, Fontham ET, Bravo JC, Bravo LE, Ruiz B, Zarama G, Realpe JL, Malcom GT, Li D, Johnson WD, Mera R. Chemoprevention of gastric dysplasia: randomized trial of antioxidant supplements and anti-helicobacter pylori therapy. *J Natl Cancer Inst*. 2000 Dec 6; 92(23):1881-8

³² Miehlke S, Kirsch C, Dragosics B, Gschwantler M, Oberhuber G, Antos D, Dite P, Lauter J, Labenz J, Leodolter A, Malfertheiner P, Neubauer A, Ehninger G, Stolte M, Bayerdorffer E. Helicobacter pylori and gastric cancer: current status of the Austrain Czech German gastric cancer prevention trial (PRISMA Study). *World J Gastroenterol*. 2001 Apr; 7(2):243-7.

³³ www.nice.org.uk/CG017.

³⁴ Hallissey MT, Allum WH, Jewkes AJ, Ellis DJ, Fielding JW. Early detection of gastric cancer. *BMJ*. 1990 Sep 15; 301(6751):513-5.

³⁵ Eckardt VF, Giessler W, Kanzler G, Remmele W, Bernhard G. Clinical and morphological characteristics of early gastric cancer. A case-control study. *Gastroenterology*. 1990 Mar; 98(3):708-14.

³⁶ Csendes A, Smok G, Velasco N, Godoy M, Medina E, Braghetto I et al. Cáncer gástrico incipiente e intermedio. Análisis clínico y sobrevida de 51 casos. *Rev Méd Chile* 1980; 108: 1011-5.

³⁷ Bytzer P, Hansen JM, Schaffalitzky de Muckadell OB, Malchow-Moller A. Predicting endoscopic diagnosis in the dyspeptic patient. The value of predictive score models. *Scand J Gastroenterol*. 1997 Feb; 32(2):118-25.

³⁸ de Aretxabala X, Araya JC, Flores P, Roa I, Fernandez E, Wistuba I, Villaseca MA, Huenchullan I, Arredondo G, Flores M, et al. [Characteristics of gastric cancer in the IX region of Chile] *Rev Med Chil*. 1992 Apr; 120(4):407-14.

³⁹ Fuchs CS, Mayer RJ. Gastric carcinoma. *N Engl J Med*. 1995 Jul 6; 333(1):32-41.

⁴⁰ Tsubono Y, Nishino Y, Tsuji I, Hisamichi S. Screening for Gastric Cancer in Miyagi, Japan: Evaluation with a Population-Based Cancer Registry. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2000;1(1):57-60

⁴¹ Mizoue T, Yoshimura T, Tokui N, Hoshiyama Y, Yatsuya H, Sakata K, Kondo T, Kikuchi S, Toyoshima H, Hayakawa N, Tamakoshi A, Ohno Y, Fujino Y, Kaneko S; Japan Collaborative Cohort Study Group. Prospective study of screening for stomach cancer in Japan. *Int J Cancer*. 2003. Aug 10; 106(1):103-7.

⁴² Hisamichi S. Screening for gastric cancer. *World J Surg*. 1989 Jan-Feb; 13(1):31-7. Review.

⁴³ Kong SH, Park DO J, Lee HJ, Jung HC, Lee KU, Choe KJ, Yang HK. Clinicopathologic features of asymptomatic gastric adenocarcinoma patients in Korea. *Jpn J Clin Oncol*. 2004 Jan; 34(1):1-7.

⁴⁴ Llorens P. Gastric Cancer Mass Survey in Chile. *Semin Surg Oncol* 1991; 7: 339-43

⁴⁵ Alfonso Calvo B, Martha Pruyas A, Eva Nilsen V, Patricia Verdugo L. Frequency of gastric cancer in endoscopies performed in symptomatic patients at a Secondary Care Health Center. *Rev. Méd.Chile.* v.129 n.7.Santiago jul. 2001.

⁴⁶ Clasificación Japonesa del Cáncer Gástrico 2° Edition English Version. *Gastric Cancer* (1988) 1:10-24.

⁴⁷ Lauren P. The two histological main types of gastric carcinoma: diffuse and so-called intestinal type carcinoma. *Acta Path Microbiol Scan* 1965; 64: 31-49.

⁴⁸ Klein Kranenbarg E, Hermans J, van Krieken JH, Van de Velde C. Evaluation of the 5th edition of the TNM classification for gastric cancer: improved prognostic value. *Br J Cancer.* 2001 Jan 5;84(1):64-71.

⁴⁹ Bunt AM, Hogendoorn PC, van de Velde CJ, Bruijn JA, Hermans J. Lymph node staging standards in gastric cancer. *J Clin Oncol.* 1995 Sep; 13(9):2309-16

⁵⁰ Kinkel K, Lu Y, Both M, Warren RS, Thoeni RF. Detection of hepatic metastases from cancers of the gastrointestinal tract by using noninvasive imaging methods (US, CT, MR imaging, PET): a meta-analysis. *Radiology.* 2002 Sep; 224(3):748-56.

⁵¹ Kuntz C, Herfarth C. Imaging diagnosis for staging of gastric cancer. *Semin Surg Oncol.* 1999 Sep; 17(2):96-102. Review

⁵² Fukuya T, Honda H, Kaneko K, Kuroiwa T, Yoshimitsu K, Irie H, Maehara Y, Masuda K. Efficacy of helical CT in T-staging of gastric cancer. *J Comput Assist Tomogr.* 1997 Jan-Feb; 21(1):73-81.

⁵³ Asencio F, Aguilo J, Salvador JL, Villar A, De la Morena E, Ahamad M, Escrig J, Puche J, Viciano V, Sanmiguel G, Ruiz J. Video-laparoscopic staging of gastric cancer. A prospective multicenter comparison with noninvasive techniques. *Surg Endosc.* 1997 Dec; 11(12):1153-8.

⁵⁴ Onate-Ocana LF, Gallardo-Rincon D, Aiello-Crocifoglio V, Mondragon-Sanchez R, de-la-Garza-Salazar J. The role of pretherapeutic laparoscopy in the selection of treatment for patients with gastric carcinoma: a proposal for a laparoscopic staging system. *Ann Surg Oncol.* 2001 Sep;8(8):624-31.

⁵⁵ Willis S, Truong S, Gribnitz S, Fass J, Schumpelick V. Endoscopic ultrasonography in the preoperative staging of gastric cancer: accuracy and impact on surgical therapy. *Surg Endosc.* 2000,Oct; 14(10):951-4.

⁵⁶ Kelly S, Harris KM, Berry E, Hutton J, Roderick P, Cullingworth J, Gathercole L, Smith MA. A systematic review of the staging performance of endoscopic ultrasound in gastro-oesophageal carcinoma. *Gut.* 2001 Oct; 49(4):534-9. Review.

⁵⁷ Ziegler K, Sanft C, Zimmer T, Zeitz M, Felsenberg D, Stein H, Germer C, Deutschmann C, Riecken EO. Comparison of computed tomography, endosonography, and intraoperative assessment in TN staging of gastric carcinoma. *Gut.* 1993 May; 34(5):604-10.

⁵⁸ Akoh JA, Macintyre IM. Improving survival in gastric cancer: review of 5-year survival rates in English language publications from 1970. *Br J Surg.* 1992 Apr; 79(4):293-9.

- ⁵⁹ Maruyama K, Sasako M, Kinoshita T, Sano T, Katai H. Surgical treatment for gastric cancer: the Japanese approach. *Semin Oncol*. 1996 Jun; 23(3):360-8.
- ⁶⁰ Bunt AM, Hermans J, Smit VT, van de Velde CJ, Fleuren GJ, Bruijn JA. Surgical/pathologic-stage migration confounds comparisons of gastric cancer survival rates between Japan and Western countries. *J Clin Oncol*. 1995 Jan; 13(1):19-25.
- ⁶¹ McCulloch P, Nita ME, Kazi H, Gama-Rodrigues J. Extended versus limited lymph nodes dissection technique for adenocarcinoma of the stomach. *Cochrane Database Syst Rev*. 2004 Oct 18;(4):CD001964. Review.
- ⁶² Cuschieri A, Weeden S, Fielding J, Bancewicz J, Craven J, Joypaul V, Sydes M, Fayers P. Patient survival after D1 and D2 resections for gastric cancer: long-term results of the MRC randomized surgical trial. Surgical Co-operative Group. *Br J Cancer*. 1999 Mar; 79(9-10):1522-30.
- ⁶³ Bonenkamp JJ, Hermans J, Sasako M, van de Velde CJ. Extended lymph-node dissection for gastric cancer. Dutch Gastric Cancer Group. *N Engl J Med*. 1999 Mar 25; 340(12):908-14
- ⁶⁴ Siewert JR, Kestlmeier R, Busch R, Bottcher K, Roder JD, Muller J, Fellbaum C, Hofler H. Benefits of D2 lymph node dissection for patients with gastric cancer and pN0 and pN1 lymph node metastases. *Br J Surg*. 1996 Aug; 83(8):1144-7
- ⁶⁵ Bozzetti F, Marubini E, Bonfanti G, Miceli R, Piano C, Gennari L. Subtotal versus total gastrectomy for gastric cancer: five-year survival rates in a multicenter randomized Italian trial. Italian Gastrointestinal Tumor Study Group. *Ann Surg*. 1999 Aug; 230(2):170-8.
- ⁶⁶ Gouzi JL, Huguier M, Fagniez PL, Launois B, Flamant Y, Lacaine F, Paquet JC, Hay JM. Total versus subtotal gastrectomy for adenocarcinoma of the gastric antrum. A French prospective controlled study. *Ann Surg*. 1989 Feb; 209(2):162-6.
- ⁶⁷ Griffith JP, Sue-Ling HM, Martin I, Dixon MF, McMahon MJ, Axon AT, Johnston D. Preservation of the spleen improves survival after radical surgery for gastric cancer. *Gut*. 1995 May;36(5):684-90.
- ⁶⁸ Wanebo HJ, Kennedy BJ, Winchester DP, Stewart AK, Fremgen AM. Role of splenectomy in gastric cancer surgery: adverse effect of elective splenectomy on longterm survival. *J Am Coll Surg*. 1997 Aug; 185(2):177-84.
- ⁶⁹ Okajima K, Isozaki H. Splenectomy for treatment of gastric cancer: Japanese experience. *World J Surg*. 1995 Jul-Aug; 19(4):537-40. Review.
- ⁷⁰ Csendes A, Burdiles P, Rojas J, Braghetto I, Diaz JC, Maluenda F. A prospective randomized study comparing D2 total gastrectomy versus D2 total gastrectomy plus splenectomy in 187 patients with gastric carcinoma. *Surgery*. 2002 Apr; 131(4):401-7.
- ⁷¹ Maruyama K, Sasako M, Kinoshita T, Sano T, Katai H, Okajima K. Pancreas-preserving total gastrectomy for proximal gastric cancer. *World J Surg*. 1995 Jul-Aug; 19(4):532-6. Review.
- ⁷² Sasako M. Risk factors for surgical treatment in the Dutch Gastric Cancer Trial. *Br J Surg*. 1997 Nov; 84(11):1567-71.
- ⁷³ Hartgrink HH, Putter H, Klein Kranenbarg E, Bonenkamp JJ, van de Velde CJ; Dutch Gastric Cancer Group. Value of palliative resection in gastric cancer. *Br J Surg*. 2002 Nov; 89(11):1438-43.

⁷⁴ Hiki Y, Shima H, Mieno H, Sakakibara Y, Kobayashi N, Saigenji K. Modified treatment of early gastric cancer: evaluation of endoscopic treatment of early gastric cancers with respect to treatment indication groups. *World J Surg.* 1995 Jul-Aug; 19(4):517-22.

⁷⁵ Shibata Y, Yokota K. [Endoscopic treatment of esophageal and gastric cancers] *Hokkaido Igaku Zasshi.* 1995 May; 70(3):359-64.

⁷⁶ Takekoshi T, Baba Y, Ota H, Kato Y, Yanagisawa A, Takagi K, Noguchi Y. Endoscopic resection of early gastric carcinoma: results of a retrospective analysis of 308 cases. *Endoscopy.* 1994 May; 26(4):352-8.

⁷⁷ Panzini I, Gianni L, Fattori PP, Tassinari D, Imola M, Fabbri P, Arcangeli V, Drudi G, Canuti D, Fochessati F, Ravaoli A. Adjuvant chemotherapy in gastric cancer: a meta-analysis of randomized trials and a comparison with previous meta-analyses. *Tumori.* 2002 Jan-Feb; 88(1):21-7.

⁷⁸ Earle CC, Maroun JA. Adjuvant chemotherapy after curative resection for gastric cancer in non-Asian patients: revisiting a meta-analysis of randomised trials. *Eur J Cancer.* 1999 Jul; 35(7):1059-64.

⁷⁹ Hu JK, Chen ZX, Zhou ZG, Zhang B, Tian J, Chen JP, Wang L, Wang CH, Chen HY, Li YP. Intravenous chemotherapy for resected gastric cancer: meta-analysis of randomized controlled trials. *World J Gastroenterol.* 2002 Dec; 8(6):1023-8.

⁸⁰ Janunger KG, Hafstrom L, Glimelius B. Chemotherapy in gastric cancer: a review and updated meta-analysis. *Eur J Surg.* 2002; 168(11):597-608

⁸¹ Mari E, Floriani I, Tinazzi A, Buda A, Belliglio M, Valentini M, Cascinu S, Barni S, Labianca R, Torri V. Efficacy of adjuvant chemotherapy after curative resection for gastric cancer: a meta-analysis of published randomised trials. A study of the GISCAD (Gruppo Italiano per lo Studio dei Carcinomi dell'Apparato Digerente). *Ann Oncol.* 2000 Jul; 11(7):837-43.

⁸² Rosen HR, Jatzko G, Repse S, Potrc S, Neudorfer H, Sandbichler P, Zacherl J, Rabl H, Holzberger P, Lisborg P, Czejka M. Adjuvant intraperitoneal chemotherapy with carbon-adsorbed mitomycin in patients with gastric cancer: results of a randomized multicenter trial of the Austrian Working Group for Surgical Oncology. *J Clin Oncol.* 1998 Aug; 16(8):2733-8.

⁸³ Kelsen D, Karpeh M, Schwartz G, Gerdes H, Lightdale C, Botet J, Lauers G, Klimstra D, Huang Y, Saltz L, Quan V, Brennan M. Neoadjuvant therapy of high-risk gastric cancer: a phase II trial of preoperative FAMTX and postoperative intraperitoneal fluorouracil-cisplatin plus intravenous fluorouracil. *J Clin Oncol.* 1996 Jun; 14(6):1818-28.

⁸⁴ Sautner T, Hofbauer F, Depisch D, Schiessel R, Jakesz R. Adjuvant intraperitoneal cisplatin chemotherapy does not improve long-term survival after surgery for advanced gastric cancer. *J Clin Oncol.* 1994 May; 12(5):970-4.

⁸⁵ Yu W, Whang I, Suh I, Averbach A, Chang D, Sugarbaker PH. Prospective randomized trial of early postoperative intraperitoneal chemotherapy as an adjuvant to resectable gastric cancer. *Ann Surg.* 1998 Sep; 228(3):347-54.

⁸⁶ Allum W, Cunningham D, Weeden S. Perioperative chemotherapy in operable gastric and lower oesophageal cancer: a randomised, controlled trial (the MAGIC trial, ISRCTN 93793971). *Proc Am*

Soc Clin Oncol 2003; 22: 249

⁸⁷ Pyrhonen S, Kuitunen T, Nyandoto P, Kouri M. Randomised comparison of fluorouracil, epidoxorubicin and methotrexate (FEMTX) plus supportive care with supportive care alone in patients with non-resectable gastric cancer. *Br J Cancer*. 1995 Mar; 71(3):587-91.

⁸⁸ Murad AM, Santiago FF, Petroianu A, Rocha PR, Rodrigues MA, Rausch M. Modified therapy with 5-fluorouracil, doxorubicin, and methotrexate in advanced gastric cancer. *Cancer*. 1993 Jul 1; 72(1):37-41

⁸⁹ Glimelius B, Ekstrom K, Hoffman K, Graf W, Sjoden PO, Haglund U, Svensson C, Enander LK, Linne T, Sellstrom H, Heuman R. Randomized comparison between chemotherapy plus best supportive care with best supportive care in advanced gastric cancer. *Ann Oncol*. 1997 Feb;8(2):163-8.

⁹⁰ Wohrer SS, Raderer M, Hejna M. Palliative chemotherapy for advanced gastric cancer. *Ann Oncol*. 2004 Nov; 15(11):1585-95.

⁹¹ Wagner AD, Grothe W, Behl S, Kleber G, Grothey A, Haerting J, Fleig WE. Chemotherapy for advanced gastric cancer. *Cochrane Database Syst Rev*. 2005 Apr 18;(2):CD004064.

⁹² Wagner AD, Grothe W, Haerting J, Kleber G, Grothey A, Fleig WE. Chemotherapy in advanced gastric cancer: a systematic review and meta-analysis based on aggregate data. *J Clin Oncol*. 2006 Jun 20;24(18):2903-9.

⁹³ Ohtsu A, Shimada Y, Shirao K, Boku N, Hyodo I, Saito H, Yamamichi N, Miyata Y, Ikeda N, Yamamoto S, Fukuda H, Yoshida S; Japan Clinical Oncology Group Study (JCOG9205). Randomized phase III trial of fluorouracil alone versus fluorouracil plus cisplatin versus uracil and tegafur plus mitomycin in patients with unresectable, advanced gastric cancer: The Japan Clinical Oncology Group Study (JCOG9205). *J Clin Oncol*. 2003 Jan 1; 21(1):54-9

⁹⁴ Vanhoefler U, Rougier P, Wilke H, Ducreux MP, Lacave AJ, Van Cutsem E, Planker M, Santos JG, Piedbois P, Paillot B, Bodenstern H, Schmoll HJ, Bleiberg H, Nordlinger B, Couvreur ML, Baron B, Wils JA. Final results of a randomized phase III trial of sequential high-dose methotrexate, fluorouracil, and doxorubicin versus etoposide, leucovorin, and fluorouracil versus infusional fluorouracil and cisplatin in advanced gastric cancer: A trial of the European Organization for Research and Treatment of Cancer Gastrointestinal Tract Cancer Cooperative Group. *J Clin Oncol*. 2000 Jul; 18(14):2648-57.

⁹⁵ Skoropad VY, Berdov BA, Mardynski YS, Titova LN. A prospective, randomized trial of preoperative and intraoperative radiotherapy versus surgery alone in resectable gastric cancer.

⁹⁶ Kramling HJ, Wilkowski R, Duhmke E, Cramer C, Willich N, Schildberg FW. [Adjuvant intraoperative radiotherapy of stomach carcinoma] *Langenbecks Arch Chir Suppl Kongressbd*. 1996; 113:211-3. German.

⁹⁷ Zhang ZX, Gu XZ, Yin WB, Huang GJ, Zhang DW, Zhang RG. Randomized clinical trial on the combination of preoperative irradiation and surgery in the treatment of adenocarcinoma of gastric cardia (AGC)--report on 370 patients. *Int J Radiat Oncol Biol Phys*. 1998 Dec 1; 42(5):929-34.

⁹⁸ Sastre J, Garcia-Saenz JA, Diaz-Rubio E. Chemotherapy for gastric cancer. *World J Gastroenterol* 2006; 12(2):204-213

⁹⁹ Huguier M, Houry S, Lacaine F. Is the follow-up of patients operated on for gastric carcinoma of benefit to the patient? *Hepatogastroenterology*. 1992 Feb; 39(1):14-6.

¹⁰⁰ Bohner H, Zimmer T, Hopfenmuller W, Berger G, Buhr HJ. Detection and prognosis of recurrent gastric cancer--is routine follow-up after gastrectomy worthwhile? *Hepatogastroenterology*. 2000 Sep-Oct; 47(35):1489-94.

¹⁰¹ Kiebert GM, Welvaart K, Kievit J. Psychological effects of routine follow up on cancer patients after surgery. *Eur J Surg*. 1993 Nov-Dec; 159(11-12):601-7