



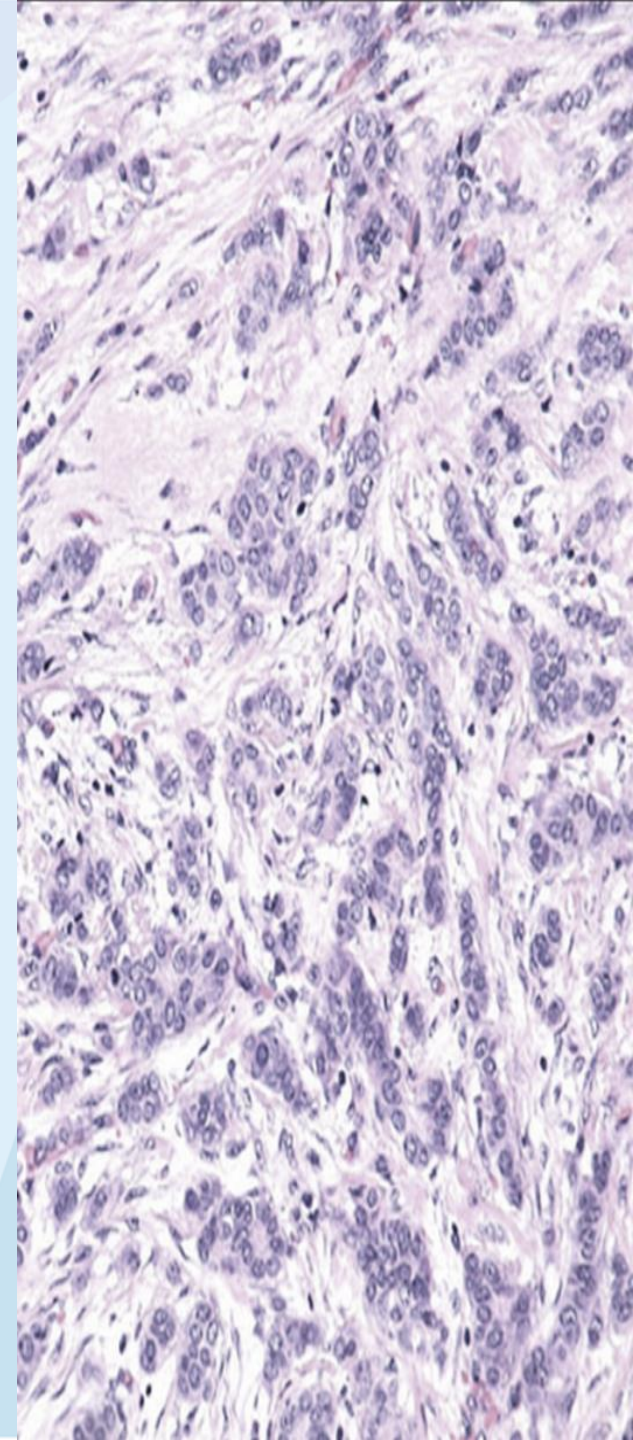
SOLCA
NÚCLEO DE QUITO

PROGRAMA DE CERTIFICACIÓN ONCOLÓGICA

TEMA: TUMORES GÁSTRICOS

PONENTE: MD. LORENA IMBA
MÉDICO RESIDENTE

TUTORA: DRA. CECILIA CARRIÓN GUZMAN
COORDINADORA DEL ÁREA DE PATOLOGÍA ANATÓMICA

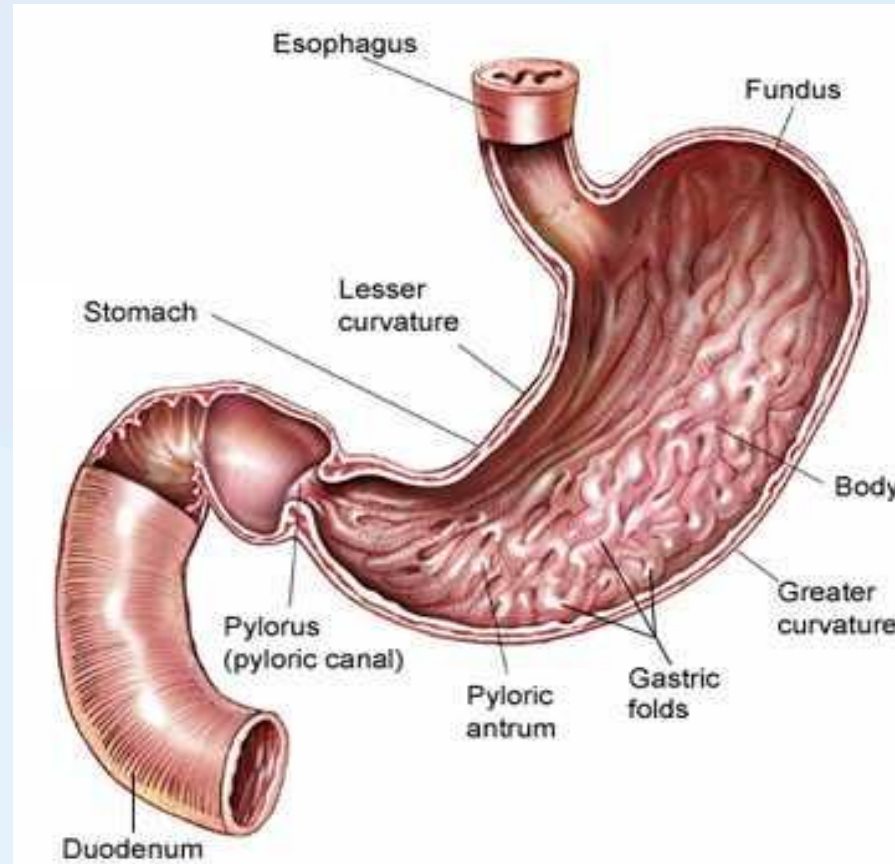


OBJETIVOS

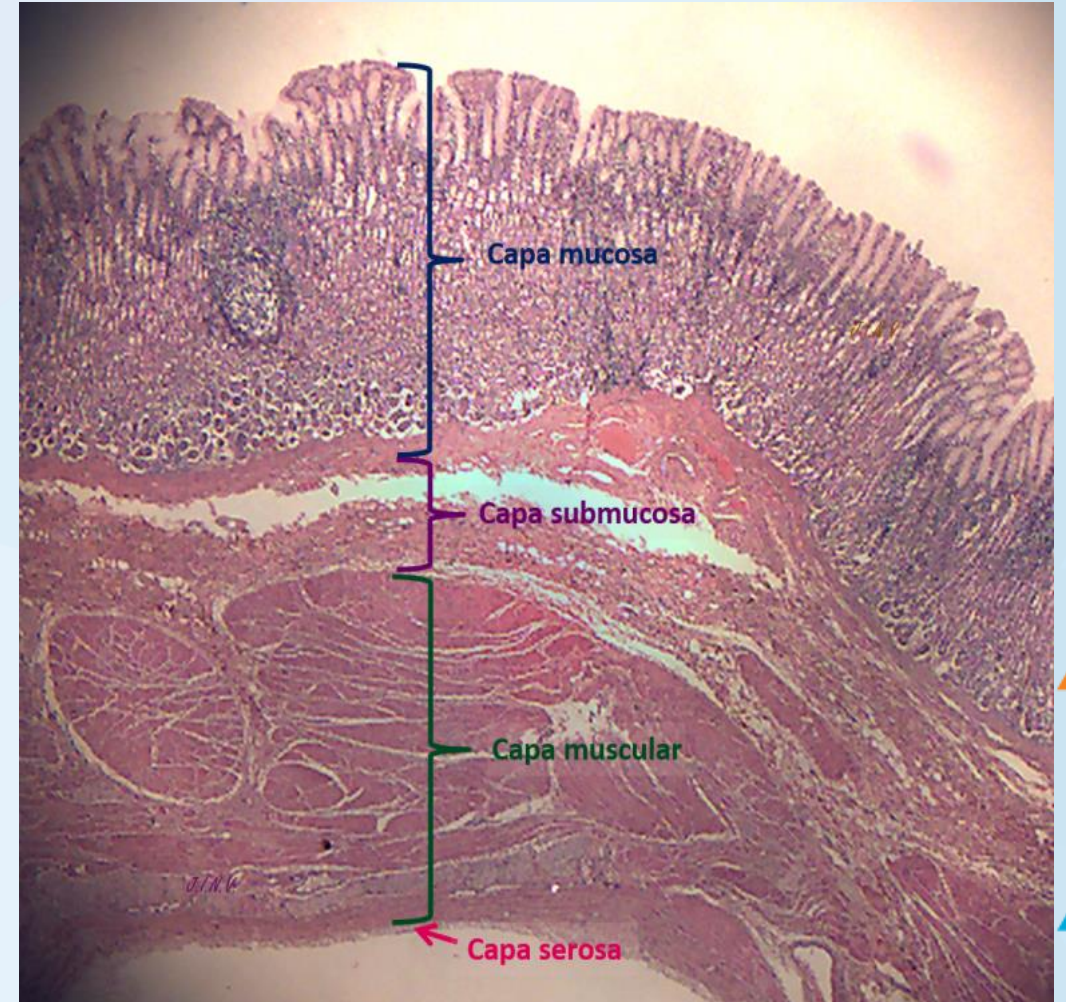
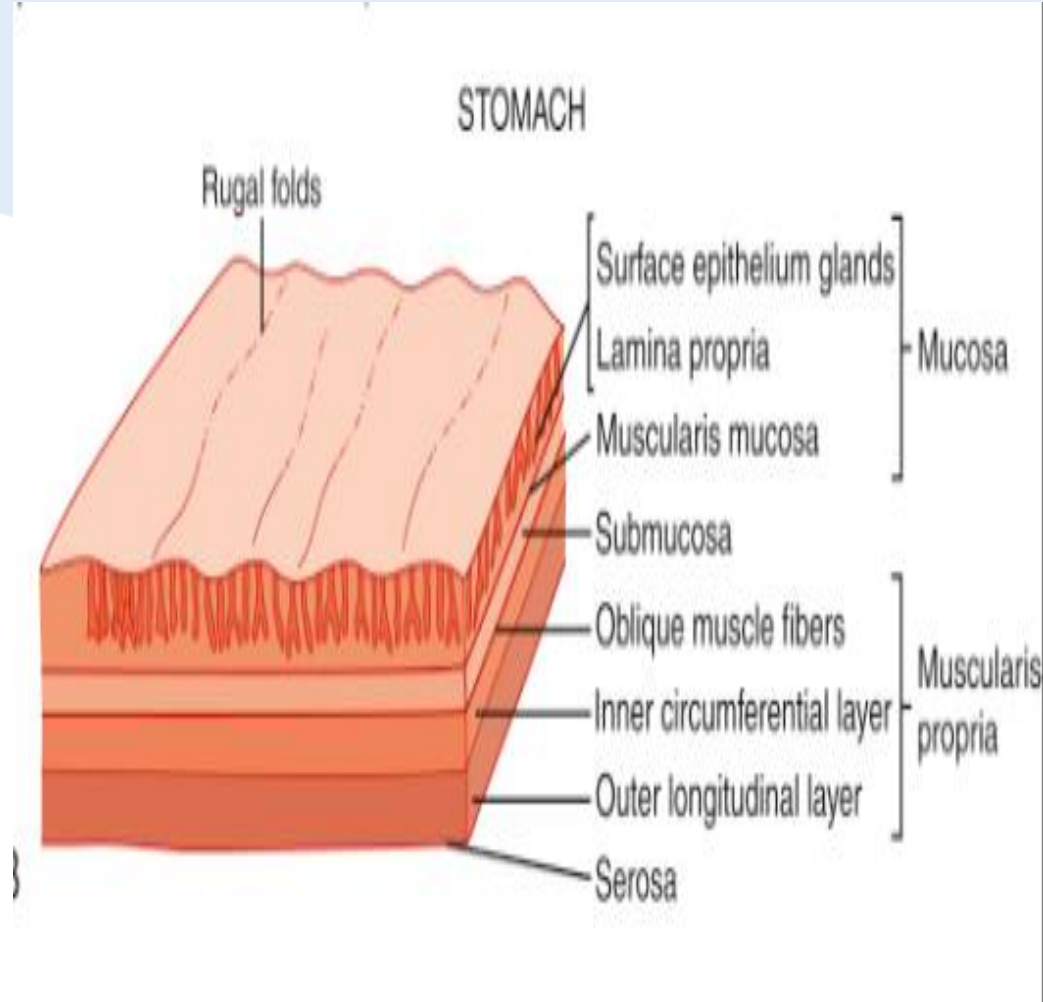
1. RECORDAR LA ESTRUCTURA ANATOMICA E HISTOLOGICA DEL ESTOMAGO.
2. DETERMINAR LAS PRINCIPALES LESIONES PRECANCEROSAS.
3. CONOCER LOS DIFERENTES TIPOS DE CLASIFICACION DEL CANCER GASTRICO.
4. DETERMINAR TIPOS HISTOLÓGICOS MÁS FRECUENTES DE CÁNCER DEL CANCER GASTRICO.

ESTRUCTURA ANATOMIA DEL ESTOMAGO

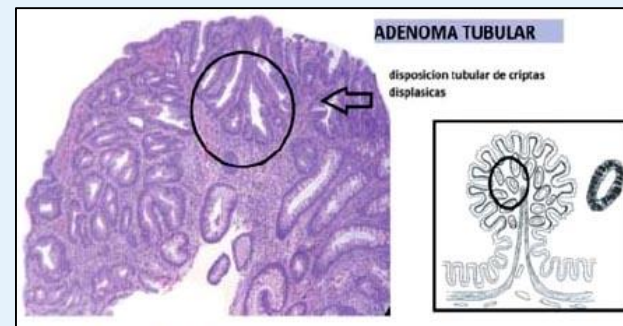
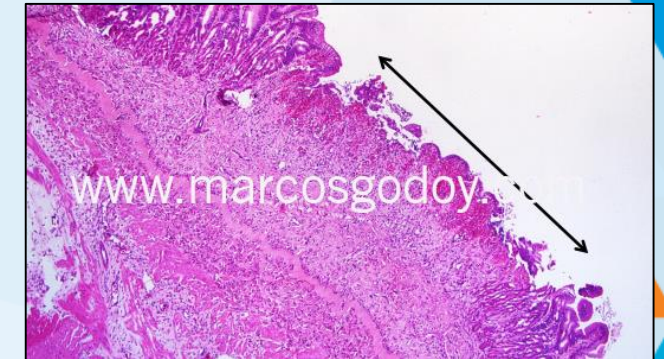
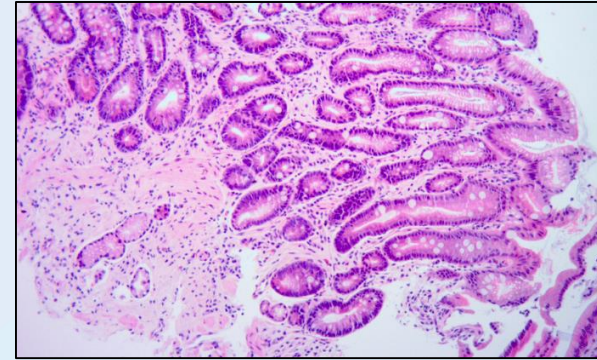
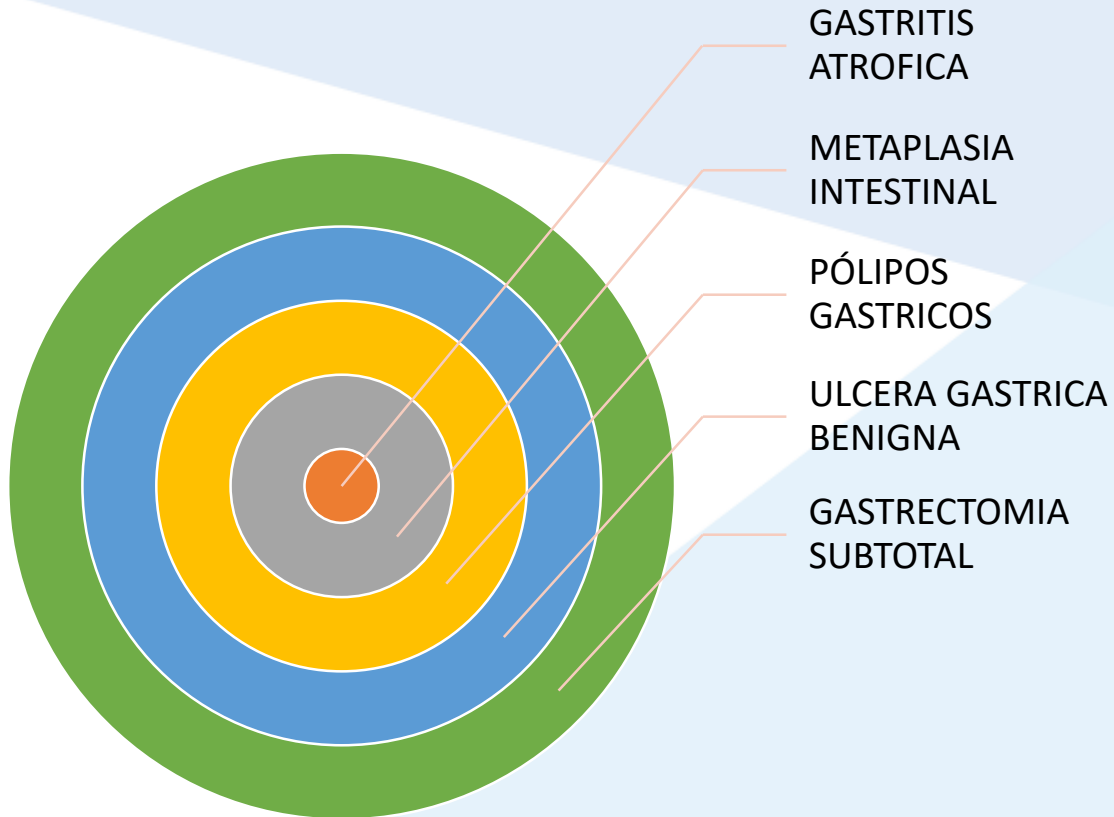
- CONSTITUIDA POR :
 - CURVATURA MAYOR
 - CURVATURA MENOR
- DISTINGUIMOS CUATRO REGIONES
 - EL CARDIAS
 - EL FUNDUS
 - EL CUERPO
 - EL PILORI



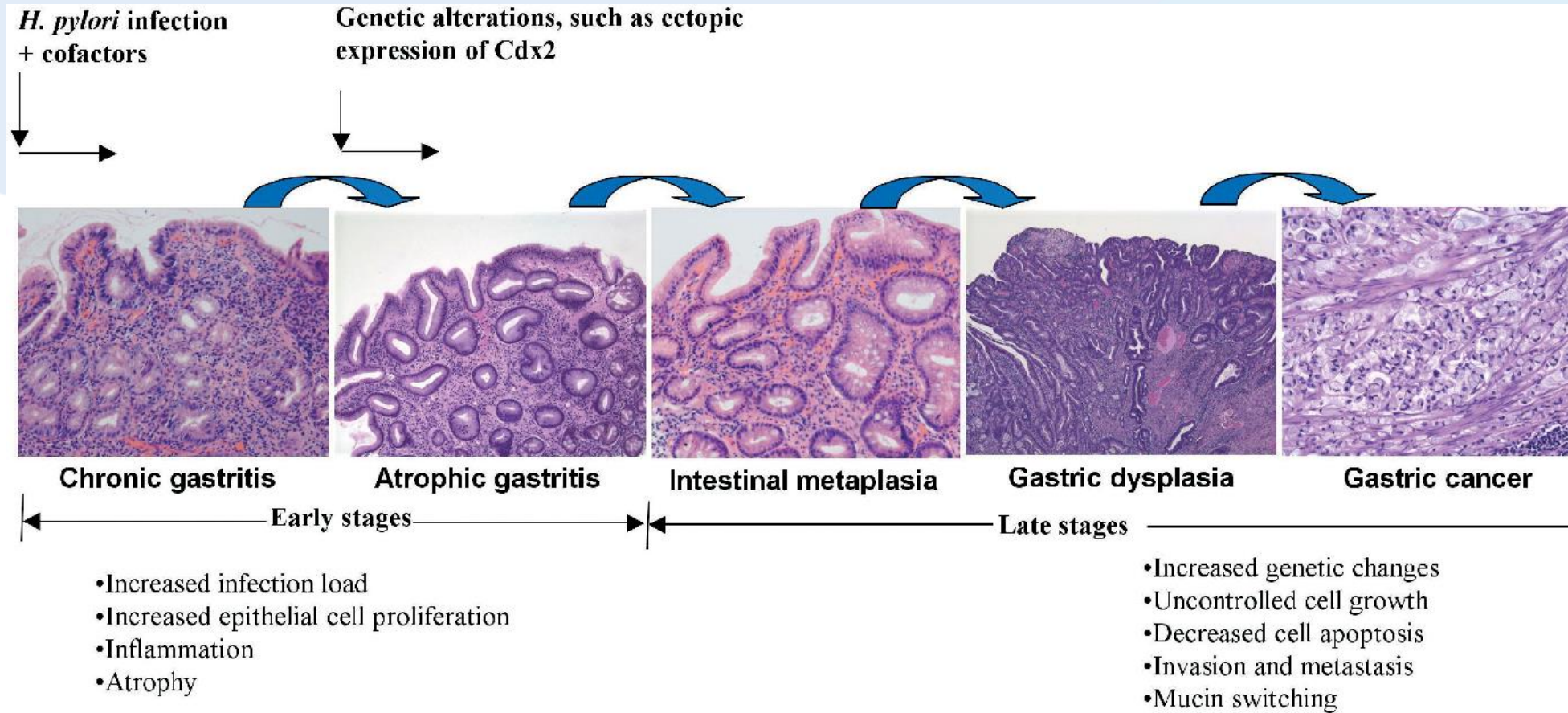
HISTOLOGIA DE LA PARED GÁSTRICA



LESIONES GÁSTRICAS PRECANCEROSAS



MODELO DE CARCIOGENESIS



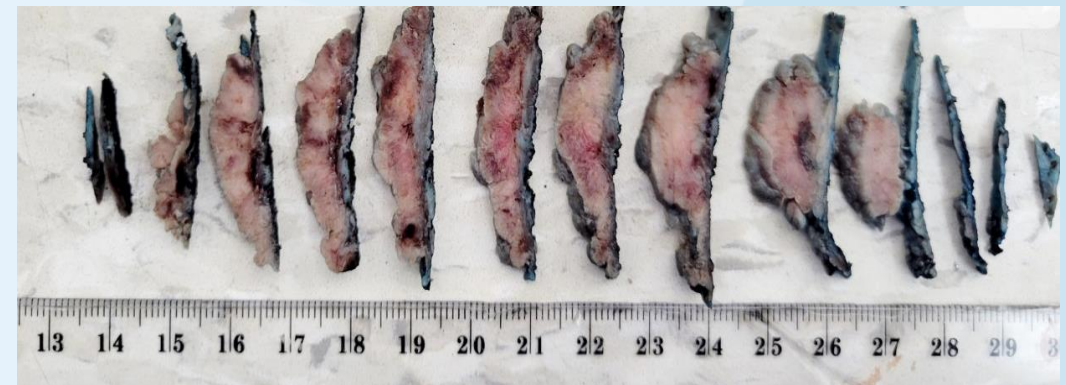
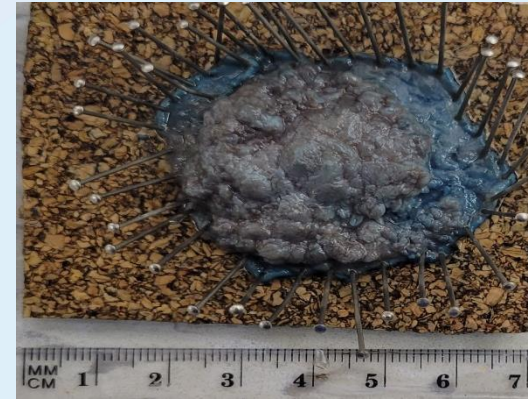
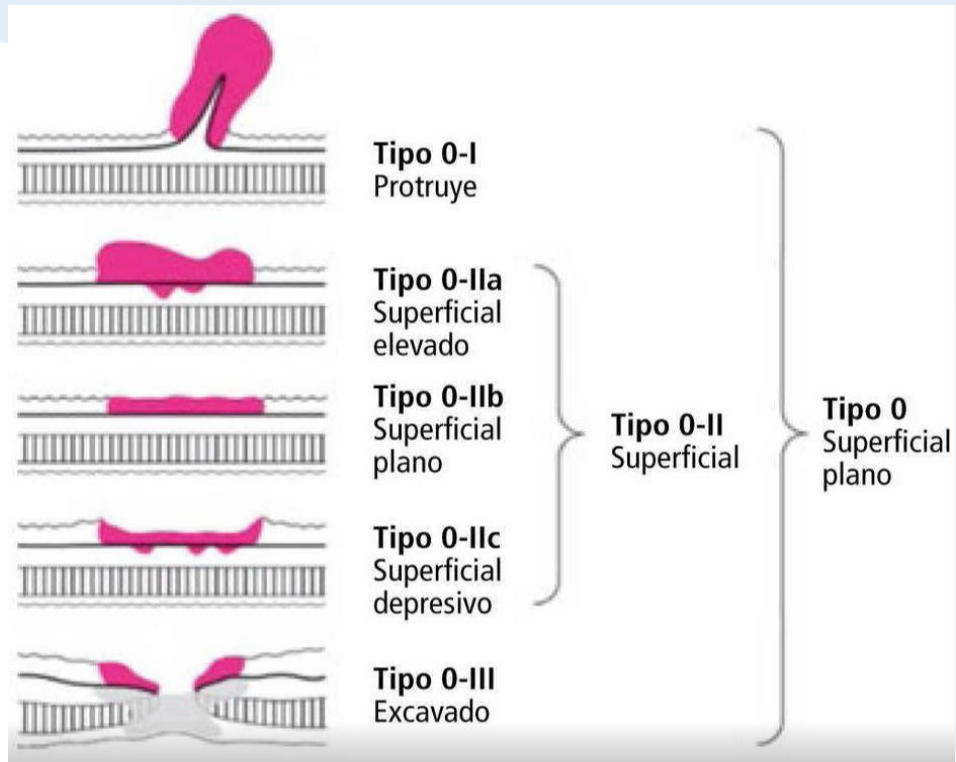


CLASIFICACIÓN DEL CANCER GÁSTRICO

- PATRÓN MACROSCÓPICO (BORRMANN)
- TIPO HISTOLOGICO (LAUREN - OMS)
- CLASIFICACIÓN QUIRÚRGICA (TNM)

CLASIFICACIÓN DE CÁNCER TEMPRANO

Enfermedad en la cual, la profundidad de la invasión está limitada a la mucosa o submucosa.



CLASIFICACIÓN DE BORRMANN – CANCER AVANZADO



TIPO I (FIGURA A)

- EXOFITICO, NO ULCERADO



TIPO II (FIGURA B)

- ULCERIFORME



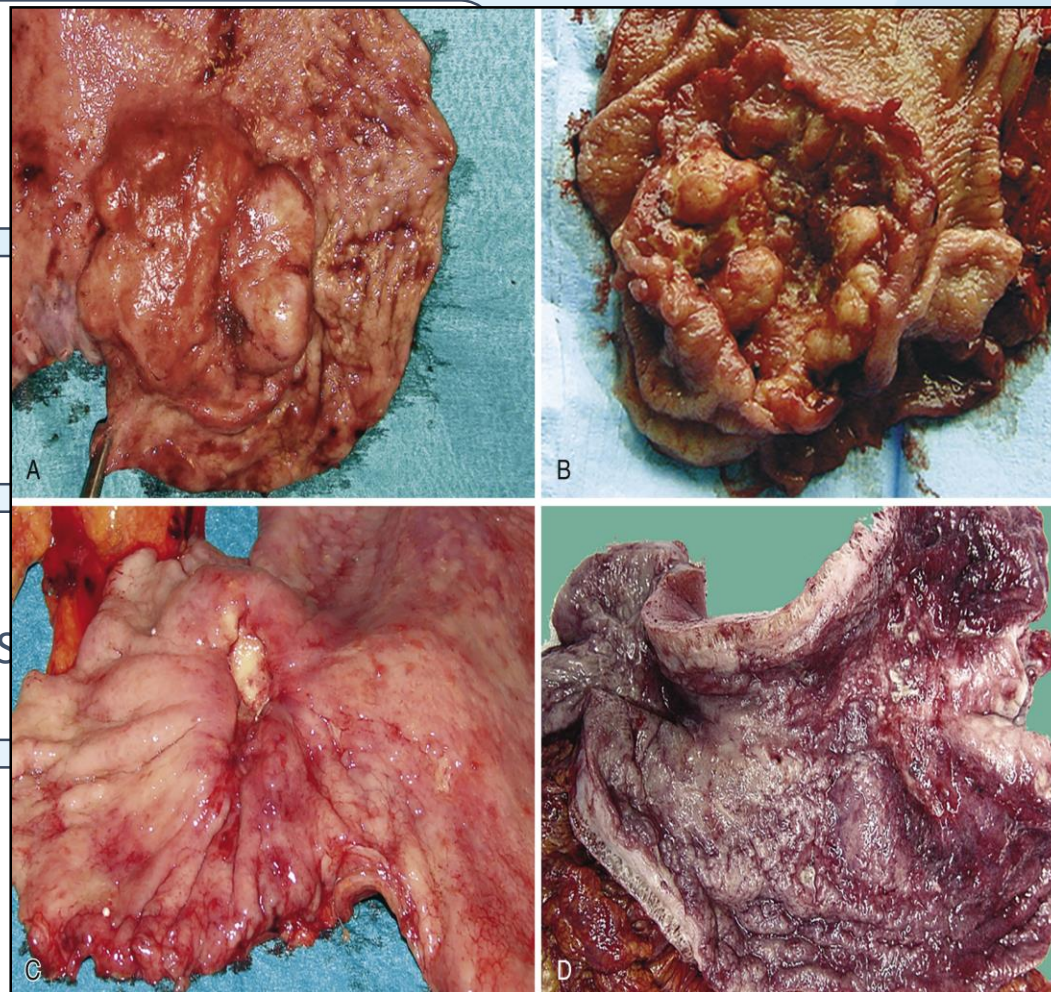
TIPO III (FIGURA C)

- ULCERADO ,EXTENDIO, BORDES IRREGULARES

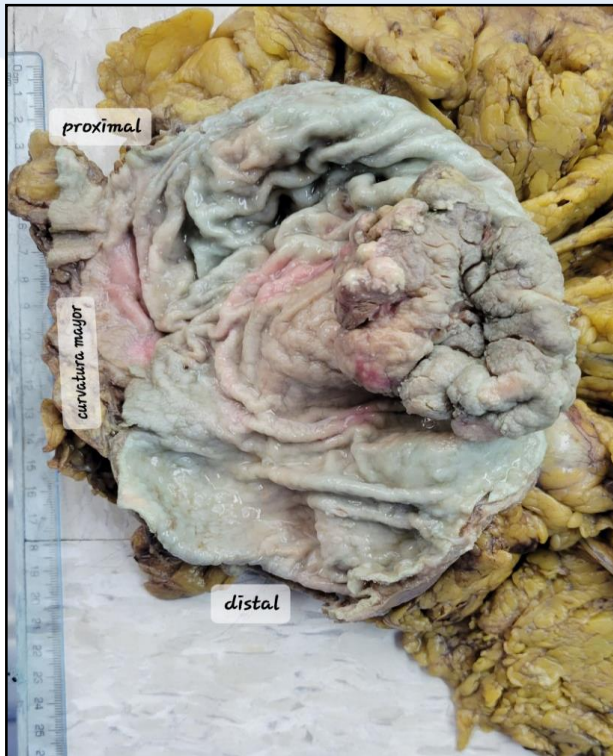


TIPO IV (FIGURA D)

- LESION DIFUSA E INFILTRANTE



CARACTERISTICAS DE LOS TIPOS DE BORRMANN



TIPO I Y II

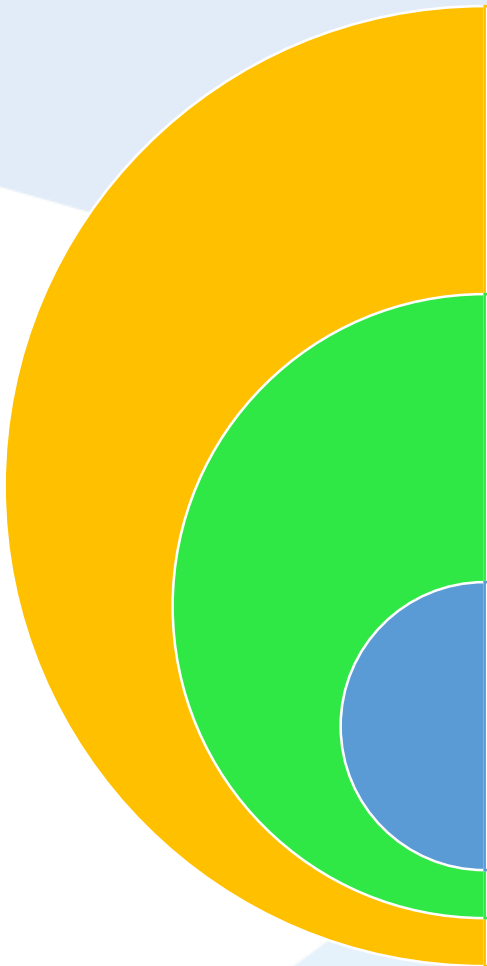
- BIEN DEFINIDOS
- ANTRO
- DIFERENCIADOS
- MEJOR PRONOSTICO
- MAS COMUN EN HOMBRES
- METASTASIS ES POR VIA HEMATICA

TIPO III Y IV

- SIN LIMITES PRECISOS
- FONDO
- INDIFERENCIADOS
- PEOR PRONOSTICO
- MAS COMUN EN MUJERES
- METASTASIS ES POR VIA LINFATICA



CLASIFICACIÓN HISTOPATOLOGICA



ALBERT C. BRODERS

- GRADACION HISTOLOGICA – DIFERENCIACION CELULAR
- GRADO 1 – BIEN DIFERENCIADO
- GRADO 2 – MODERADAMENTE DIFERENCIADO
- GRADO 3 – POBREMENTE DIFERENCIADO

OMS

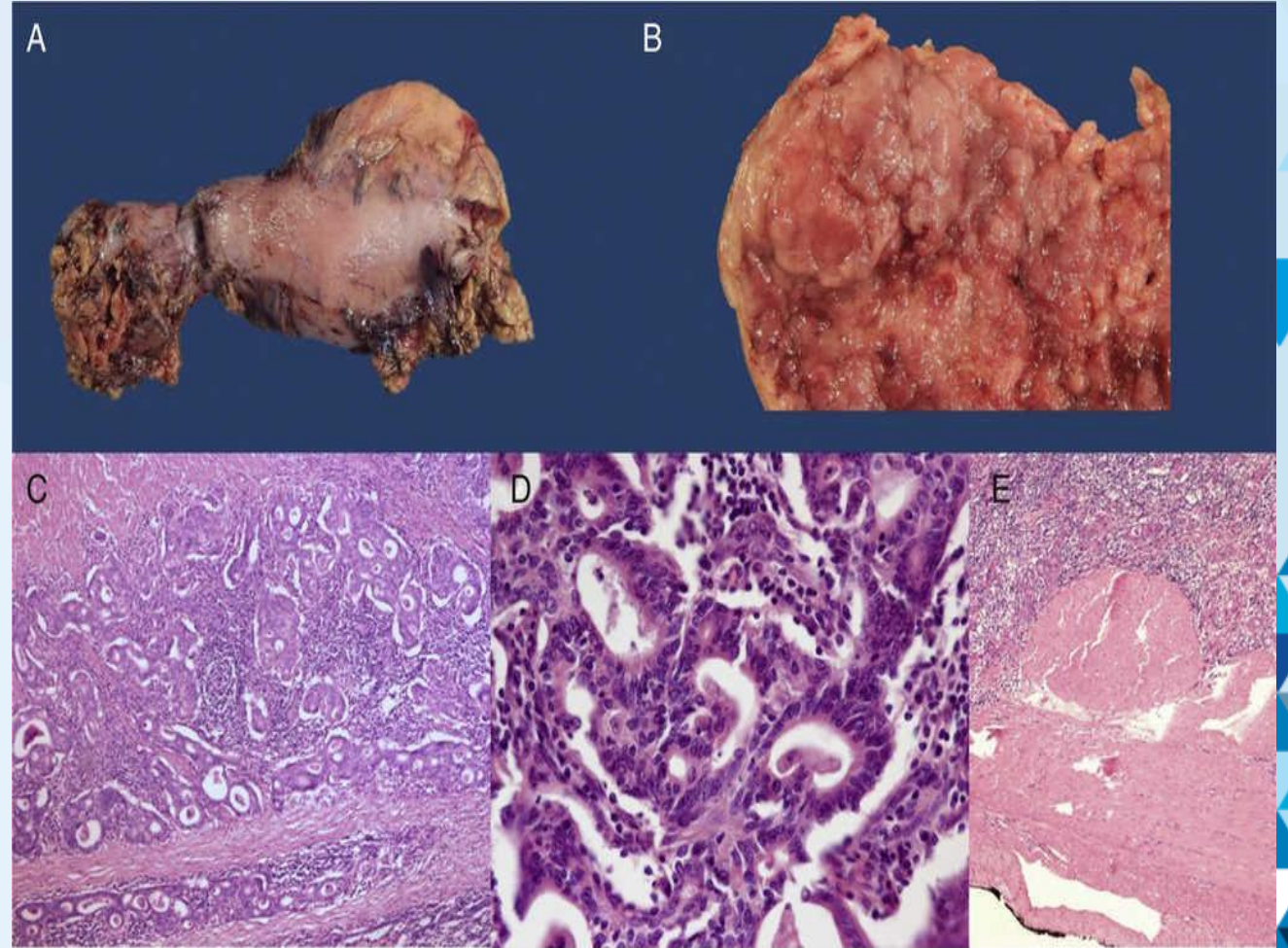
- ADENOCARCINOMA TUBULAR
- CARCINOMA POCO COHESIVO
- ADENOCARCINOMA PAPILAR
- CARCINOMA MIXTO
- ADENOCARCINOMA HEPATOIDE
- ADENOCARCINOMA DE TIPO GLANDULAR FUNDICO
- CARCINOMA INDIFERENCIADO

LAUREN

- INTESTINAL (TUBULAR Y PAPILAR)
- DIFUSO (CELULAS EN ANILLO DE SELLO)
- INDETERMINADO

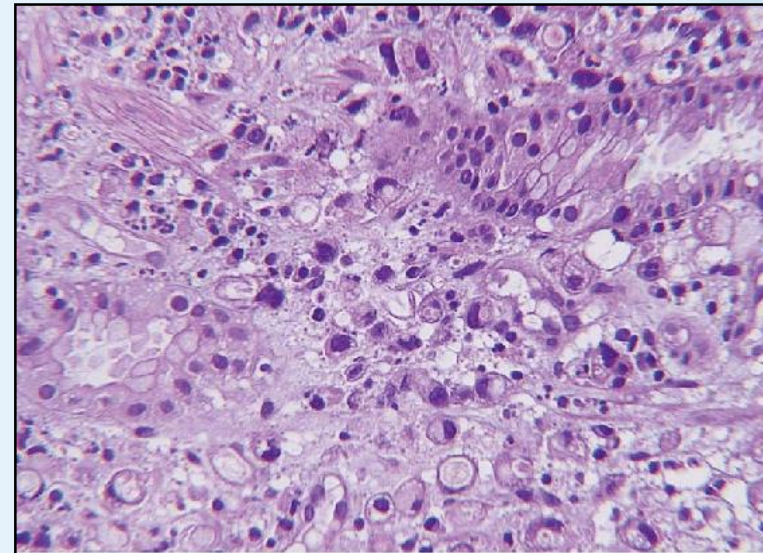
ADENOCARCINOMA GASTRICO TIPO INTESTINAL

- Representa: 70%
- Presentación esporádica
- Tumor exhibe células de adhesión
- Mas común en personal de mayor edad; edad media 55 años
- Mas común en hombres
- Mejor pronóstico
- Localización: antro
- Asociado a gastritis atrófica severa, metaplasia intestinal incompleta y displasia



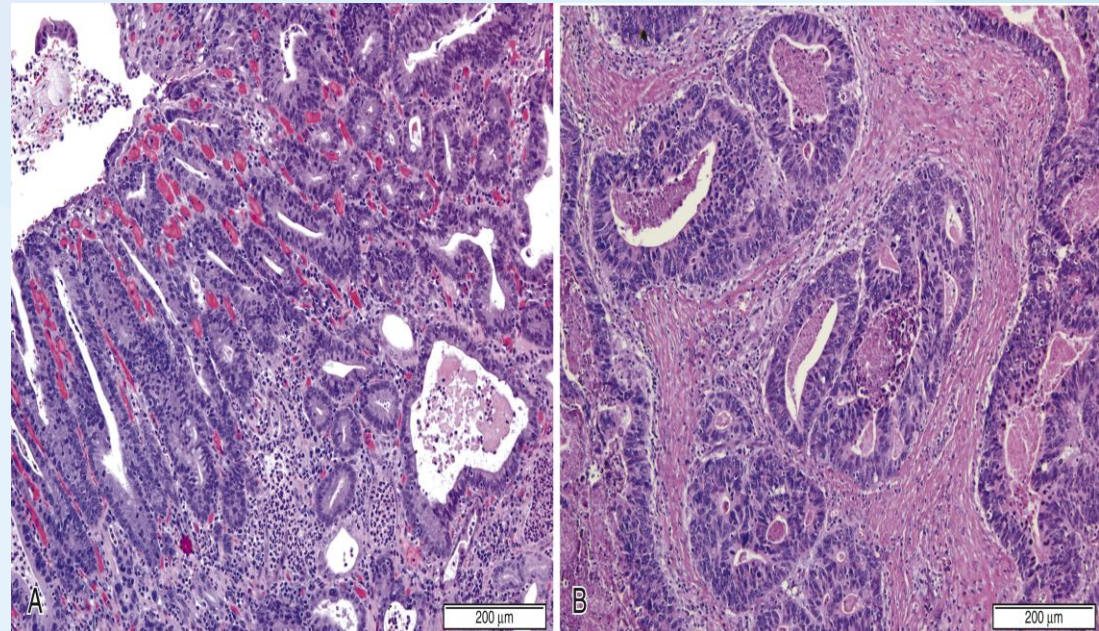
ADENOCARCINOMA GASTRICO TIPO DIFUSO

- Representa: 30%
- Regulado por factores genéticos
- Tumor exhibe células sueltas
- Mas común en pacientes jóvenes; edad media 48 años
- Mas común en hombres
- Peor pronóstico



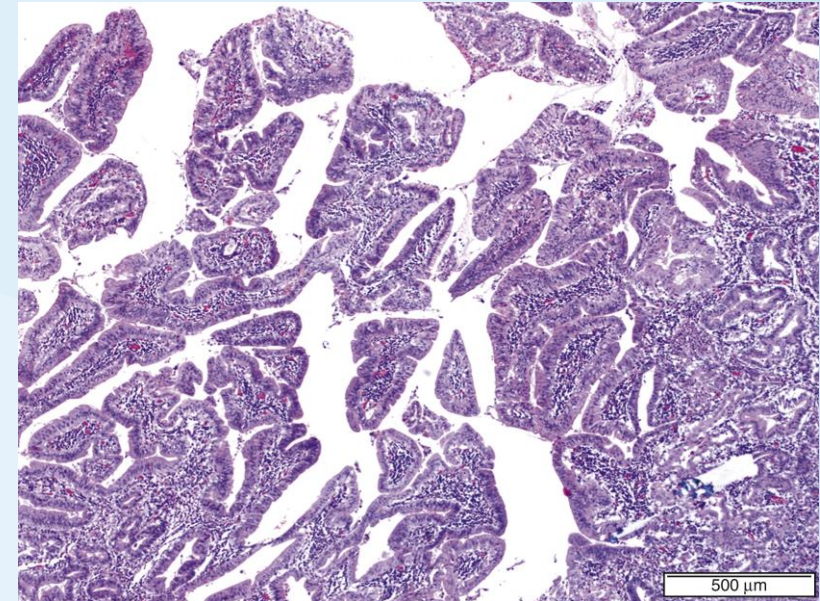
ADENOCARCINOMA TUBULAR

- Presenta en el 45%
- Pctes. edad avanzada
- Localiza: cuerpo y antro
- Presenta: masa polipoides o fúngicas
- Asociado a infección por H.pylori



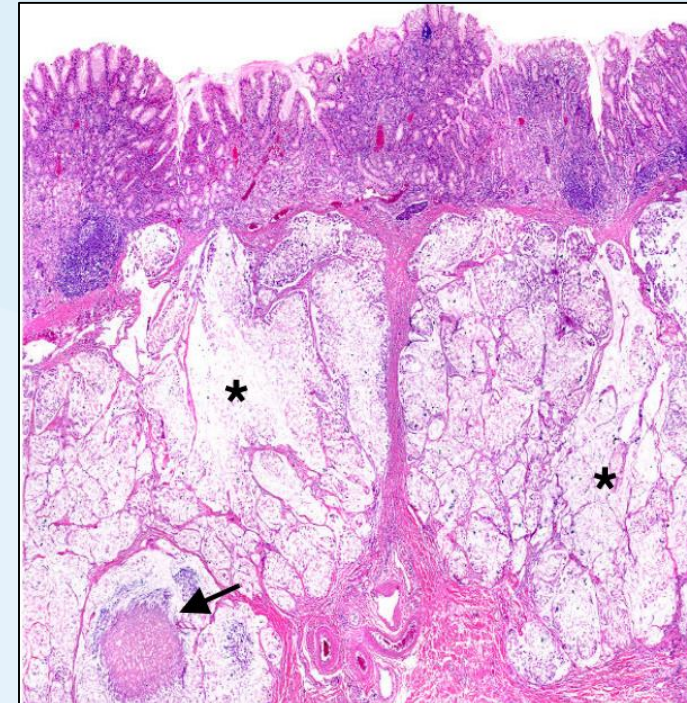
ADENOCARCINOMA PAPILAR

- Representa el 6 a 11 %
- Afecta a ptes. edad avanzada
- Localiza: estomago proximal
- Crecimiento exófitico
- Se asocia a metastasis hepáticas

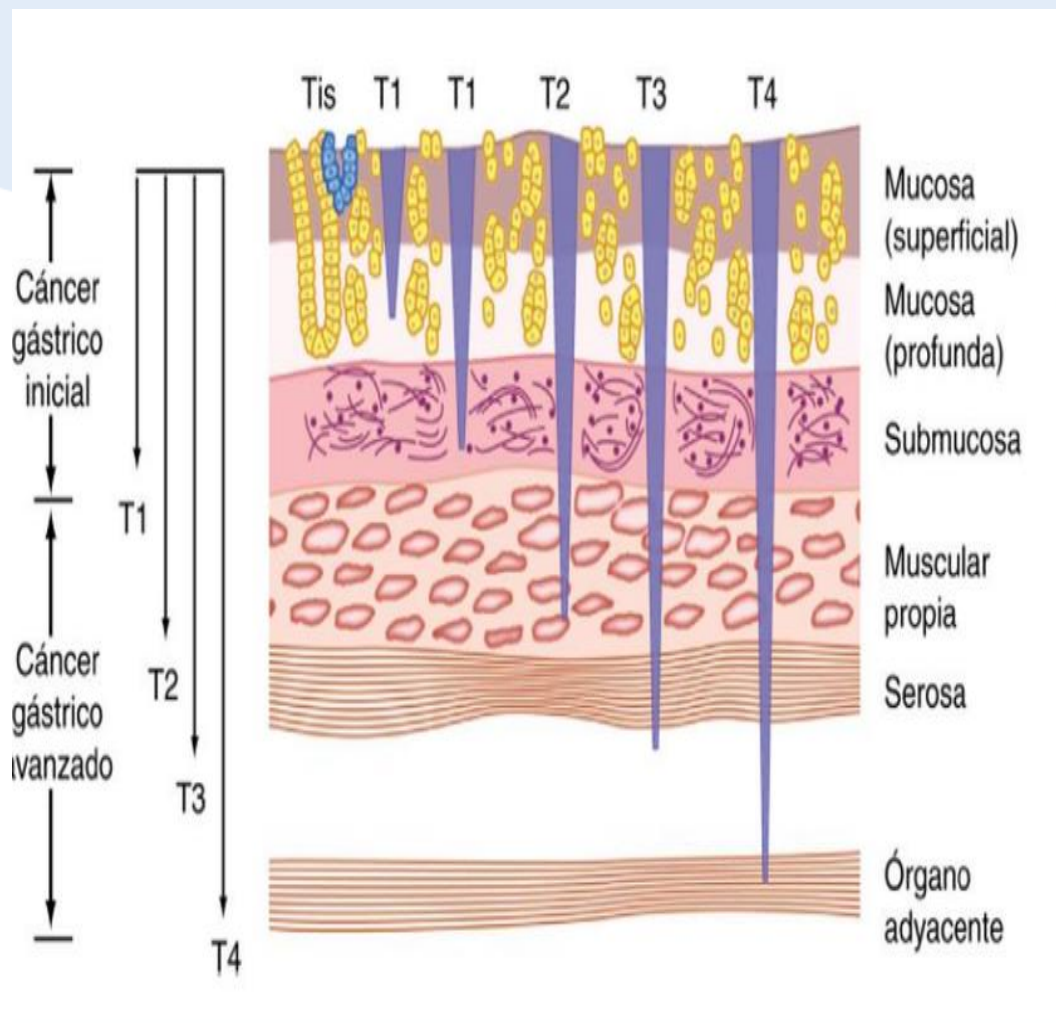


ADENOCARCINOMA MUCINOSO

- Representan el 2%
- Se presenta generalmente 7ma década
- Macroscópica: lesión ulcerativa infiltrativa
- Nidos de células en lagos de mucina
- Pronóstico incierto



CLASIFICACIÓN QUIRÚGICA (TMN)



Categoría T	
Tx	El tumor primario no puede ser evaluado
T0	No hay evidencia de tumor primario
Tis	Displasia de alto grado definida como la presencia de células malignas confinadas en el epitelio por la membrana basal
T1	El tumor invade la lámina propia, la muscular de la mucosa, o la submucosa
T1a	El tumor invade la lámina propia o la muscular de la mucosa
T1b	El tumor invade la submucosa
T2	El tumor invade la muscular propia
T3	El tumor invade la adventicia
T4	El tumor invade estructuras vecinas
T4a	El tumor invade la pleura, el pericardio, la vena ácigos, el diafragma o el peritoneo
T4b	El tumor invade otras estructuras como la aorta, las vértebras o la vía aérea

CLASIFICACIÓN QUIRÚGICA (TMN)

Categoría N	
Nx	Los ganglios linfáticos regionales no pueden ser evaluados
N0	No metástasis en los ganglios linfáticos regionales
N1	Metástasis en 1-2 ganglios linfáticos regionales
N2	Metástasis en 3-6 ganglios linfáticos regionales
N3	Metástasis en 7 o más ganglios linfáticos regionales

Categoría M	
M0	No metástasis a distancia
M1	Metástasis a distancia

CASO CLINICO

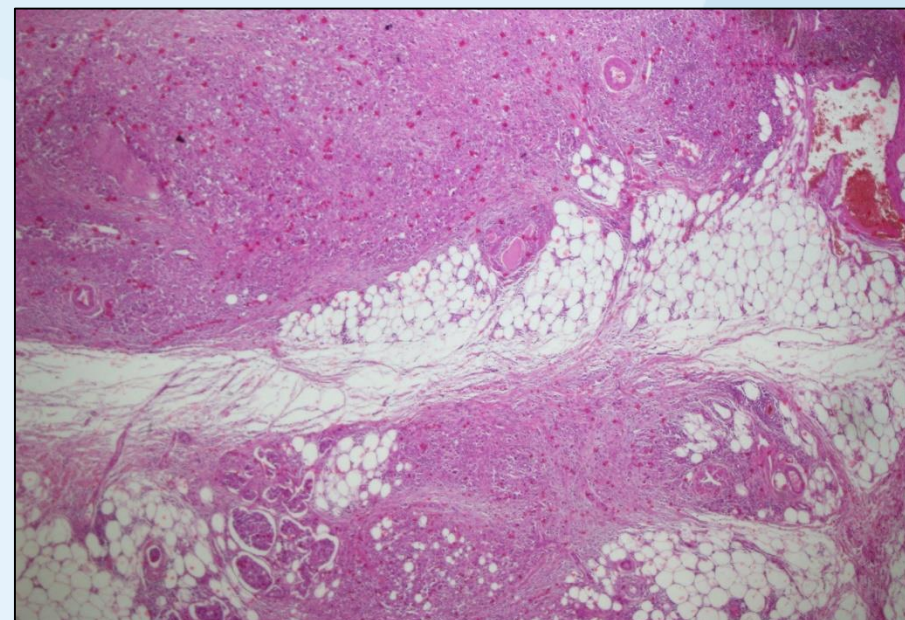
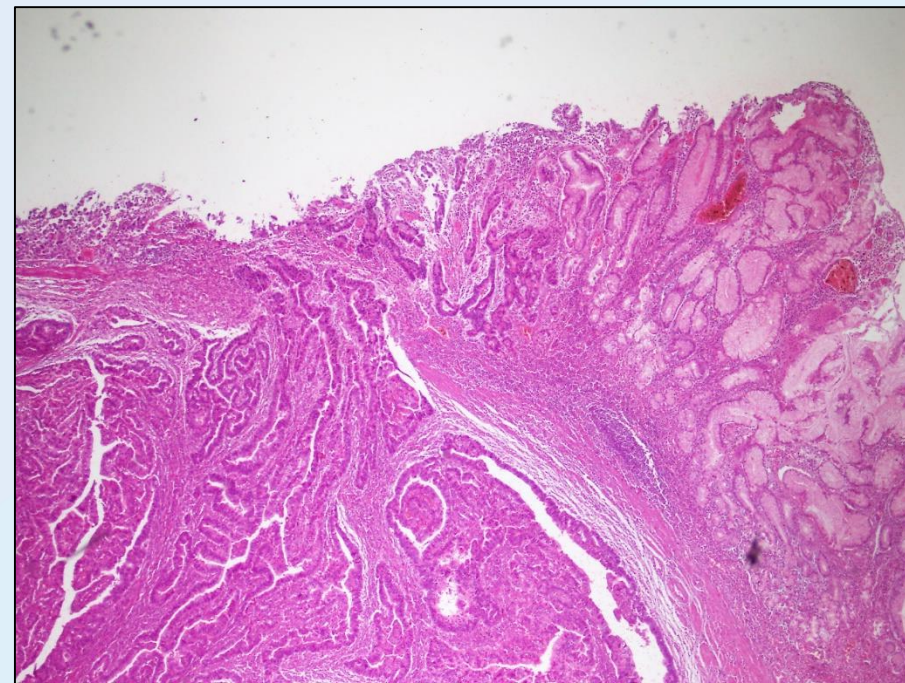
- PCTE: MASCULINO
- EDAD: 75 AÑOS
- APP: HTA EN TTO CON LOSARTAN 50MG
- APF: MADRE CON CA. GASTRICO
- EA: PCTE CON CUADRO MELENAS Y DECAIMIENTO.
- EDA: REPORTA ULCERA GASTRICA A NIVEL SUBCARDIAL
- BIOPSIA CON HP: ADENOCARCINOMA POBREMENTE DIFERENCIADO

MACROSCOPIA: BORRMANN III



VEINTINUEVE GANGLIOS LINFATICOS DE CUARENTA Y CINCO AISLADOS.

ESTADIO PATOLOGICO TUMORAL: p T3, p N3b, p Mx.



BIBLIOGRAFIA

1. Cáncer gástrico: historia natural y factores de riesgo. Revista Colombiana de Hematología y Oncología. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND. <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>
2. Senapati, S., Sharma, P.K., Bafna, S., Roy, H.K., & Batra, S.K. (2008). The MUC gene family: their role in the diagnosis and prognosis of gastric cancer. *Histology and histopathology*, 23 12, 1541-52 .
3. De Crawford JM. Principios de anatomía. En: Rustgi AK, Crawford JM, eds. Gastrointestinal Cancers: Biology and Clinical Management. Philadelphia: Saunders; 2003:121–131.)
4. Actualización del diagnóstico y tratamiento del cáncer gástrico - Revista Médica Clínica Las Condes, <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-actualizacion-del-diagnostico-tratamiento-del-S0716864013702013>
5. Protocol for the Examination of Specimens From Patients With Carcinoma of the Stomach. Lawrence J. Burgart, MD*; William V. Chopp, MD*; Dhanpat Jain, MD*. With guidance from the CAP Cancer and CAP Pathology Electronic Reporting Committees. <https://www.cap.org/protocols-and-guidelines/cancer-reporting-tools/cancer-protocol-templates>