



[cancer.org](https://www.cancer.org) | 1.800.227.2345

DetECCIÓN TEMPRANA, DIAGNÓSTICO Y CLASIFICACIÓN POR ETAPAS

DETECCIÓN Y DIAGNÓSTICO

Encontrar el cáncer cuando se encuentra en sus etapas iniciales a menudo permite la posibilidad de contar con más opciones de tratamiento. En algunos casos de la enfermedad en etapa inicial surgen signos y síntomas que pueden ser notados, pero esto no siempre es así.

- [¿Se puede detectar el cáncer del estómago en sus etapas iniciales?](#)
- [Signos y síntomas del cáncer de estómago](#)
- [Pruebas para encontrar el cáncer de estómago](#)

ETAPAS Y PRONÓSTICO (PROGNOSIS)

Después del diagnóstico, la clasificación de la enfermedad según su etapa proporciona información importante sobre qué tanto se ha propagado el cáncer en el cuerpo, así como información anticipada sobre la respuesta que habrá con el tratamiento.

- [Etapas del cáncer de estómago](#)
- [Tasas de supervivencia del cáncer de estómago según la etapa](#)

PREGUNTAS QUE DEBEN RESPONDERSE ACERCA DEL CÁNCER DE ESTÓMAGO

A continuación se presentan algunas de las preguntas que puede hacer a su equipo de profesionales médicos contra el cáncer para que le ayuden a entender mejor su diagnóstico de cáncer y opciones de tratamiento.

- [Preguntas que puede hacer a su médico sobre el cáncer de estómago](#)

¿Se puede detectar el cáncer del estómago en sus etapas iniciales?

La detección temprana consiste en realizar pruebas para buscar una enfermedad, como el cáncer, en personas sin síntomas. En los países como Japón, en los que el cáncer de estómago es muy común, la realización de pruebas masivas de detección a la población ha ayudado a detectar muchos casos en una etapa temprana y curable. Es posible que las pruebas masivas de detección temprana hayan reducido la cantidad de personas que mueren a causa de esta enfermedad, aunque esto no se ha podido probar.

Los estudios en los Estados Unidos han determinado que las pruebas de detección rutinarias en las personas que tienen un riesgo promedio de cáncer de estómago no son útiles porque esta enfermedad no es muy común. Por otra parte, las personas con ciertos factores de riesgo de cáncer de estómago podrían beneficiarse de las pruebas de detección. Si usted tiene alguna pregunta con respecto a su riesgo de cáncer de estómago o a los beneficios de las pruebas de detección, por favor, pregúntele a su médico.

Algunas de las pruebas que podrían ser usadas para la detección, tal como la endoscopia superior, se describen en [Pruebas para encontrar el cáncer de estómago](#).

Debido a que las pruebas de detección rutinarias no se llevan a cabo en los Estados Unidos, la mayoría de las personas con esta enfermedad no son diagnosticadas sino hasta que manifiestan ciertos [signos y síntomas](#) que indican la necesidad de realizar pruebas médicas.

Escrito por

Equipo de redactores y equipo de editores médicos de la Sociedad Americana Contra El Cáncer (www.cancer.org/cancer/acs-medical-content-and-news-staff.html)

Nuestro equipo está compuesto de médicos y enfermeras con postgrados y amplios conocimientos sobre el cáncer, al igual que de periodistas, editores y traductores con amplia experiencia en contenidos médicos.

Referencias

National Cancer Institute. Physician Data Query (PDQ). *Gastric Cancer Screening*. 3/10/2017. Accessed at <https://www.cancer.gov/types/stomach/hp/stomach-screening-pdq> on November 27, 2017.

Actualización más reciente: diciembre 14, 2017

Signos y síntomas del cáncer de estómago

El cáncer de estómago en etapa inicial pocas veces causa síntomas, razón por la cual el cáncer de estómago es tan difícil de detectar tempranamente. Los signos y síntomas del cáncer de estómago pueden incluir:

- Poco apetito
- Pérdida de peso (sin tratar de bajar de peso)
- Dolor abdominal
- Malestar impreciso en el abdomen, generalmente justo encima del ombligo
- Sensación de llenura en el abdomen superior después de comer una comida liviana
- Acidez (agruras) o indigestión
- Náusea
- Vómito, con o sin sangre
- Hinchazón o acumulación de líquido en el abdomen

- Sangre en las heces fecales
- Recuento bajo de glóbulos rojos (anemia)

Es más probable que la mayoría de estos síntomas sean causados por otras dolencias que no son cáncer, tal como un virus o una úlcera estomacal. Éstos también ocurren con otros tipos de cáncer. No obstante, las personas con cualquiera de estos problemas, especialmente si éstos no desaparecen o empeoran, deben hablar con sus médicos para que la causa sea encontrada y tratada.

Debido a que los síntomas del cáncer de estómago a menudo no aparecen hasta que la enfermedad está avanzada, sólo aproximadamente 1 de 5 cánceres de estómago en los Estados Unidos se encuentran en una etapa inicial, antes de que se hayan propagado a otras áreas del cuerpo.

Escrito por

Equipo de redactores y equipo de editores médicos de la Sociedad Americana Contra El Cáncer (www.cancer.org/cancer/acs-medical-content-and-news-staff.html)

Nuestro equipo está compuesto de médicos y enfermeras con postgrados y amplios conocimientos sobre el cáncer, al igual que de periodistas, editores y traductores con amplia experiencia en contenidos médicos.

Referencias

Gunderson LL, Donohue JH, Alberts SR, Ashman JB, Jaroszewski DE. Cancer of the Stomach and Gastroesophageal Junction. In: Niederhuber, JE, Armitage, JO, Doroshow, JH, Kastan, MB, Tepper, JE, eds. In *Abeloff's Clinical Oncology*. 5th ed. Philadelphia, Pa: Elsevier; 2014:1240-1270.

National Cancer Institute. Physician Data Query (PDQ). *Gastric Cancer Screening*. 3/10/2017. Accessed at <https://www.cancer.gov/types/stomach/hp/stomach-screening-pdq> on November 27, 2017.

Actualización más reciente: diciembre 14, 2017

Pruebas para encontrar el cáncer de estómago

Por lo general, el cáncer de estómago se detecta cuando una persona acude al médico debido a que presenta [signos o síntomas](#). El doctor anotará los antecedentes médicos y examinará al paciente. Si se sospecha cáncer de estómago, será necesario realizar pruebas para confirmar el diagnóstico.

Antecedentes médicos y examen médico

Al preparar su historia clínica, el médico le hará preguntas acerca de sus síntomas (problemas para comer, dolor, o inflamación abdominal, etc.) y posibles factores de riesgo para ver si ellos pudieran sugerir la presencia de un cáncer de estómago u otra causa. El examen médico provee a su doctor la información sobre su estado de salud en general, los posibles signos del cáncer de estómago y otros problemas de salud. El médico palpará, en particular, su abdomen, para determinar si hay cambios anormales.

Si su médico cree que usted puede tener cáncer de estómago u otro tipo de problema estomacal, le recomendará un gastroenterólogo (un médico que se especializa en enfermedades del tracto digestivo) quien le examinará y le hará pruebas adicionales.

Endoscopia superior

Una [endoscopia](#)¹ superior (también llamada **esofagogastroduodenoscopia**) es el estudio importante que se utiliza para detectar el cáncer de estómago. Se puede utilizar cuando alguien tiene ciertos factores de riesgo o cuando los signos y los síntomas sugieren que la enfermedad pudiera estar presente.

Durante el estudio, el médico inserta por la garganta un endoscopio (un tubo delgado y flexible que tiene una fuente de luz y una pequeña cámara de vídeo conectada en su extremo). Este instrumento le permite al médico observar el revestimiento del esófago, el estómago y la primera sección del intestino delgado. Si se observan áreas anormales, se pueden tomar biopsias (muestras de tejido) usando instrumentos que se pasan a través del endoscopio. Las muestras de tejido se envían a un laboratorio, donde se examinan al microscopio para determinar si hay cáncer presente.

Cuando se observa a través de un endoscopio, el cáncer de estómago puede tener el

aspecto de una úlcera, de un pólipo (forma parecida a un hongo) o masa protuberante o de áreas de mucosa engrosadas, difusas y planas conocidas como **linitis plástica**. Lamentablemente, a menudo los cánceres de estómago en el síndrome de cáncer gástrico difuso hereditario no se pueden observar durante una endoscopia.

La endoscopia también se puede utilizar como parte de un estudio por imágenes especial conocido como **ecografía endoscópica**, el cual se describe a continuación.

Por lo general, este estudio se hace después de administrar un medicamento para sedarle. Si se emplea anestesia, usted probablemente necesitará que alguien le acompañe para que conduzca de regreso a su casa.

Ecografía endoscópica

En la ecografía se usan ondas sonoras para producir imágenes de los órganos, como el estómago. Durante una ecografía convencional, se coloca en la piel una sonda en forma de vara llamada un transductor. El transductor emite las ondas sonoras y detecta los ecos a medida que rebotan de los órganos internos. Una computadora procesa el patrón de ecos para crear una imagen en blanco y negro en la pantalla.

En la ecografía endoscópica, se coloca un transductor pequeño en la punta de un endoscopio. Mientras usted está sedado, el endoscopio se pasa por la garganta hacia el estómago. De esta manera, el transductor se ubica directamente en la pared del estómago donde se encuentra el cáncer. El médico puede observar las capas de la pared estomacal, así como los ganglios linfáticos cercanos y otras estructuras justo fuera del estómago. La calidad de la imagen es mejor en comparación con la ecografía convencional debido a que la distancia que las ondas sonoras tienen que viajar es más corta.

Este procedimiento es más útil para ver cuánto se pudo haber propagado el cáncer hacia la pared del estómago, los tejidos circundantes y a los ganglios linfáticos cercanos. También puede ser usado para ayudar a guiar la aguja en un área sospechosa para obtener una muestra de tejido (biopsia con aguja guiada por ecografía endoscópica).

Biopsia

Puede que su médico sospeche cáncer si se observa un área que luce anormal en una endoscopia o en un estudio por imágenes, aunque la única manera de saber con certeza si en realidad se trata de cáncer es mediante una biopsia. Durante una biopsia, el médico extrae una muestra del área anormal.

Las biopsias para saber si se trata de cáncer de estómago se hacen con más frecuencia durante la endoscopia superior. Si durante la endoscopia el médico observa cualquier área anormal en el revestimiento del estómago, se pueden pasar instrumentos por el endoscopio para tomar muestras y luego realizar una biopsia.

Algunos cánceres de estómago se encuentran profundamente ubicados dentro de la pared del estómago, lo que puede dificultar realizar una biopsia con un endoscopio convencional. Si el médico sospecha que el cáncer podría estar más profundamente en la pared del estómago, se puede usar una ecografía endoscópica para guiar una aguja delgada y hueca hacia la pared del estómago para obtener una biopsia.

También se pueden obtener muestras de áreas de posible propagación del cáncer, tal como ganglios linfáticos adyacentes o áreas que causan sospechas en otras partes del cuerpo.

Prueba de las muestras de biopsia

Las muestras de biopsia se envían a un laboratorio para que se observen con un microscopio. Estas se examinan para determinar si contiene cáncer, y de ser así, [qué clase es²](#) (por ejemplo adenocarcinoma, tumor carcinoide, tumor estromal gastrointestinal o linfoma).

Se pueden realizar más pruebas si una muestra contiene ciertos tipos de células cancerosas. Por ejemplo, puede que se hagan pruebas al tumor para determinar si contiene una cantidad muy elevada de una proteína promotora del crecimiento llamada HER2. A los tumores con niveles aumentados de HER2 se les conoce como **positivos para HER2**.

Los cánceres de estómago que son positivos para HER2 pueden ser tratados con medicamentos que tienen como blanco a la proteína HER2, como trastuzumab (Herceptin[®]). Para más información, vea [Terapias dirigidas para el cáncer de estómago³](#).

A la muestra de biopsia se le pueden hacer pruebas de dos maneras diferentes:

- Inmunohistoquímica (IHC): en esta prueba se aplican a la muestra anticuerpos especiales que se adhieren a la proteína HER2, lo que causa que las células cambien de color si se presentan muchas copias de esta proteína. Este cambio de color se puede ver al microscopio. Los resultados de la prueba se informan como 0, 1+, 2+ o 3+.
- Hibridación in situ con fluorescencia (FISH): Esta prueba usa fragmentos

fluorescentes de ADN que se adhieren específicamente a copias del gen *HER2* en las células, las cuales luego se pueden contar por medio de un microscopio especial.

Con más frecuencia, la IHC se hace primero.

- Si los resultados son 0 o 1+, el cáncer es HER2 negativo. Las personas con tumores HER2 negativos no son tratadas con medicamentos (como trastuzumab) que atacan la HER2.
- Si los resultados de la prueba indican 3+, el cáncer es HER2 positivo. Los pacientes con tumores HER2 positivos pueden ser tratados con medicamentos, como con trastuzumab.
- Cuando el resultado es 2+, el estado de HER2 del tumor no está claro. Esto a menudo conduce a evaluar el tumor con FISH.

También es posible que se puedan realizar pruebas al tumor para saber si tiene cierta cantidad de la proteína *PD-1* de puestos de control inmunitarios. De ser así, el tumor puede tratarse con un inhibidor de puestos de control inmunitarios, tal como pembrolizumab (Keytruda[®]). Este tipo de tratamiento puede administrarse si otros tratamientos han dejado de surtir efecto.

Estudios por imágenes

Los [estudios por imágenes](#)⁴ utilizan ondas sonoras, rayos X, campos magnéticos o sustancias radiactivas para obtener imágenes del interior del cuerpo. Los estudios por imágenes se pueden realizar por varias razones, incluyendo:

- Para ayudar a determinar si un área que causa sospecha pudiera ser cancerosa
- Saber cuán lejos se propagó el cáncer
- Ayudar a determinar si el tratamiento ha sido eficaz

Tránsito gastroduodenal

Este estudio radiológico se realiza para examinar el revestimiento interno del esófago, el estómago y la primera parte del intestino delgado. Este estudio se usa con menos frecuencia que la endoscopia para detectar cáncer de estómago u otros problemas estomacales, ya que puede pasar por alto algunas áreas anormales y no le permite a los médicos tomar muestras de biopsia. Sin embargo, este estudio es menos invasivo

que la endoscopia, y puede ser útil en algunas situaciones.

Para este estudio, el paciente toma una solución caliza que contiene una sustancia llamada **bario**. El bario aplica una capa sobre el revestimiento del esófago, estómago y el intestino delgado. Entonces se toman varias radiografías. Debido a que los rayos X no pueden traspasar a través de la capa de bario, esto resaltará cualquier anomalía del revestimiento de estos órganos.

Para identificar los cánceres de estómago tempranamente, se usa una técnica de doble contraste. Con esta técnica, después de tragar la solución que contiene bario, se pasa un tubo delgado y se bombea aire al estómago, lo que hace que la capa de bario sea muy delgada y se puedan ver incluso anomalías pequeñas.

Tomografía computarizada

Una tomografía computarizada (*computed tomography*, CT) usa rayos X para producir imágenes transversales detalladas de su cuerpo. A diferencia de una radiografía convencional, una tomografía computarizada (CT) crea imágenes detalladas de los tejidos blandos del cuerpo.

La tomografía computarizada muestra el estómago con bastante claridad, y frecuentemente puede confirmar la localización del cáncer. Además, puede mostrar los órganos adyacentes al estómago, tal como el hígado, así como los ganglios linfáticos y los órganos distantes donde pudiese haber propagación del cáncer. La CT puede ayudar a determinar la [extensión \(etapa\) del cáncer](#), y si la [cirugía](#)⁵ puede ser una buena opción de tratamiento.

Biopsia con aguja guiada por tomografía computarizada (CT): las tomografías computarizadas también se pueden emplear para guiar la aguja de una biopsia hacia un área donde se sospecha propagación del cáncer. Para este estudio, el paciente permanece en la camilla de tomografía mientras un médico mueve una aguja de biopsia hacia la masa a través de la piel. Las tomografías computarizadas se repiten hasta que la aguja esté dentro de la masa. Se extrae una muestra mediante una biopsia con aguja fina (un fragmento diminuto de tejido) o una biopsia por punción con aguja gruesa (un cilindro delgado de tejido) y se observa con un microscopio.

Imagen por resonancia magnética

Al igual que la CT, las imágenes por resonancia magnética (*magnetic resonance imaging*, MRI) muestran imágenes detalladas de los tejidos blandos del cuerpo. Sin embargo, las MRI utilizan ondas de radio e imanes potentes en lugar de rayos X.

Tomografía por emisión de positrones

Para realizar una tomografía por emisión de positrones (*positron emission tomography*, PET) se le inyecta una forma de azúcar ligeramente radiactiva que se acumula principalmente en las células cancerosas. Después se usa una cámara especial para crear una imagen de las áreas de radiactividad en el cuerpo. Las imágenes de la PET no son tan detalladas como las imágenes de la CT o la MRI, pero la PET puede detectar posibles áreas de propagación del cáncer en todas las áreas del cuerpo a la misma vez.

Algunas máquinas más nuevas pueden hacer una PET y una CT al mismo tiempo (PET/CT scan). Esto les permite a los médicos ver áreas que se “iluminan” en la PET con más detalles.

Algunas veces, la PET es útil si su médico cree que el cáncer se ha propagado, pero no sabe a dónde. La imagen no es tan detallada como una CT o una MRI, pero proporciona información útil sobre todo el cuerpo. Aunque los estudios con PET pueden ser útiles para detectar áreas de propagación del cáncer, no siempre son útiles en ciertas clases de cáncer de estómago, ya que estos tipos no adquieren mucha glucosa.

Radiografía de tórax

La radiografía de tórax puede mostrar si el cáncer se ha propagado a los pulmones. También podría determinar si hay enfermedades graves de los pulmones o el corazón. Este estudio no se necesita si se ha hecho una CT del tórax.

Usted puede leer más sobre los estudios por imágenes en [Estudios por imágenes \(Radiología\)](#)⁶.

Otras pruebas

Laparoscopia

Si este estudio se realiza, por lo general, se hace sólo después de que se haya encontrado el cáncer de estómago. Aunque la CT o la MRI pueden crear imágenes detalladas del interior del cuerpo, éstos pueden pasar por alto algunos tumores, especialmente tumores muy pequeños. Los médicos podrían realizar una laparoscopia antes de cualquier otra [cirugía](#)⁷ para ayudar a confirmar que un cáncer sigue solamente en el estómago y puede ser removido totalmente mediante cirugía. También se puede realizar antes de la [quimioterapia](#)⁸, [radiación](#)⁹, o ambas, si estas son planificadas antes de la cirugía.

Este procedimiento se realiza en el quirófano (sala de operaciones) mientras el paciente está bajo anestesia general (dormido profundamente). Conlleva insertar un laparoscopio (un tubo delgado y flexible) a través de una pequeña abertura quirúrgica en el costado del paciente. El laparoscopio tiene una pequeña cámara de vídeo en su extremo, la cual envía imágenes del interior del abdomen a una pantalla de televisión. Los médicos pueden observar detenidamente las superficies de los órganos y los ganglios linfáticos adyacentes, o incluso tomar pequeñas muestras de tejido. En ocasiones, el médico “lavará” el abdomen (**lavado peritoneal**) con solución salina (agua salada), si no parece que el cáncer se ha propagado. El líquido se extrae para ser examinado y determinar si contiene células cancerosas. Si contiene células cancerosas, el cáncer se ha propagado, aun cuando no se pueda ver la propagación.

Algunas veces, esta prueba se combina con la ecografía para proveer una mejor imagen del cáncer.

Pruebas de laboratorio

Para identificar signos del cáncer de estómago, un médico puede ordenar un análisis de sangre llamado *recuento sanguíneo completo* (CBC, por sus siglas en inglés) para saber si el paciente presenta anemia (que podría ser causada por el sangrado del cáncer en el estómago). Una prueba de sangre oculta en las heces fecales se puede hacer para saber si hay sangre en el excremento que no se pueda ver a simple vista.

El médico puede recomendar otras pruebas si se encuentra cáncer, especialmente si usted se someterá a una cirugía. Por ejemplo, se realizarán análisis de sangre para asegurar que su hígado y sus riñones estén funcionando apropiadamente y que su sangre coagula con normalidad. Si se planea hacer una cirugía o usted va a recibir medicinas que pueden afectar el corazón, es posible que también se haga un electrocardiograma (EKG) y un ecocardiograma (una ecografía del corazón) para asegurarse de que su corazón funciona bien.

Hyperlinks

1. www.cancer.org/content/cancer/es/tratamiento/como-comprender-su-diagnostico/pruebas/endoscopia.html
2. www.cancer.org/content/cancer/es/cancer/cancer-de-estomago/acerca/que-es-el-cancer-de-estomago.html
3. www.cancer.org/content/cancer/es/cancer/cancer-de-estomago/tratamiento/terapias-dirigidas.html

4. www.cancer.org/content/cancer/es/tratamiento/como-comprender-su-diagnostico/pruebas/estudios-por-imagenes-y-el-cancer.html
5. www.cancer.org/content/cancer/es/cancer/cancer-de-estomago/tratamiento/tipos-de-cirugias.html
6. www.cancer.org/content/cancer/es/tratamiento/como-comprender-su-diagnostico/pruebas/estudios-por-imagenes-y-el-cancer.html
7. www.cancer.org/content/cancer/es/cancer/cancer-de-estomago/tratamiento/tipos-de-cirugias.html
8. www.cancer.org/content/cancer/es/cancer/cancer-de-estomago/tratamiento/quimioterapia.html
9. www.cancer.org/content/cancer/es/cancer/cancer-de-estomago/tratamiento/radioterapia.html
10. www.cancer.org/content/cancer/es/cancer/cancer-de-estomago/referencias.html

Escrito por

Equipo de redactores y equipo de editores médicos de la Sociedad Americana Contra El Cáncer (www.cancer.org/cancer/acs-medical-content-and-news-staff.html)

Nuestro equipo está compuesto de médicos y enfermeras con postgrados y amplios conocimientos sobre el cáncer, al igual que de periodistas, editores y traductores con amplia experiencia en contenidos médicos.

Referencias

Consulte todas las referencias para el cáncer estómago aquí. (www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-estomago/referencias.html)¹⁰

Actualización más reciente: diciembre 14, 2017

Etapas del cáncer de estómago

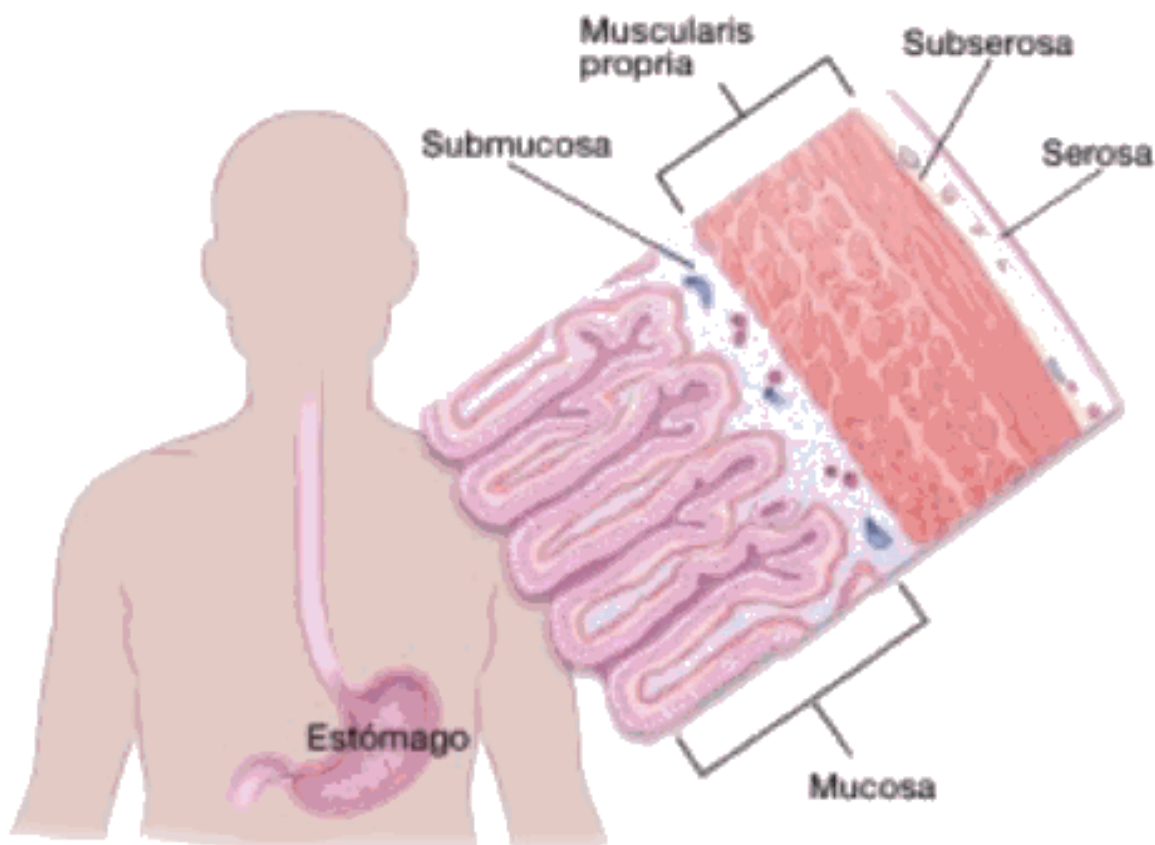
Después del [diagnóstico de cáncer de estómago](#), los médicos tratarán de averiguar si el cáncer se ha propagado y si es así, a qué distancia. Este proceso se llama **estadificación** (o determinación de la etapa). La etapa (estadio) de un cáncer describe la extensión del cáncer en el cuerpo, y ayuda a determinar qué tan grave es el cáncer, así como [la mejor manera de tratarlo](#)¹. Los médicos también usan la etapa del cáncer cuando hablan sobre estadísticas de supervivencia.

Los cánceres de estómago en etapas más tempranas se identifican como etapa 0 (carcinoma in situ) y luego van desde etapas I (1) a IV (4). Por regla general, mientras más bajo sea el número, menos se ha propagado el cáncer. Un número más alto, como la etapa IV, significa una mayor propagación del cáncer. Si bien la experiencia del cáncer de cada persona es única, los cánceres con etapas similares suelen tener un pronóstico similar, y a menudo son tratados de manera muy similar.

¿Cómo se determina la etapa?

El sistema de estadificación que se emplea con más frecuencia para el cáncer de estómago es el sistema **TNM** del *American Joint Committee on Cancer* (AJCC), que se basa en tres piezas clave de información:

- La extensión (tamaño) del tumor (**T**): ¿Cuán lejos el cáncer ha crecido hacia las cinco capas de la pared del estómago? ¿Ha alcanzado el cáncer las estructuras u órganos cercanos?



La capa más interna se llama **mucosa**. La mucosa tiene tres partes: células epiteliales que se encuentran en la parte superior de una capa de tejido conectivo (la **lámina propia**), la cual se encuentra en la parte superior de una capa muscular delgada (la **mucosa muscularis**). Debajo de la mucosa hay una capa de apoyo llamada **submucosa**. Debajo de la cual está la muscular propia, una capa gruesa de músculo que mueve y mezcla el contenido del estómago. Las próximas dos capas, la subserosa y la serosa más externa, actúan como capas que envuelven al estómago.

- La propagación a los ganglios (**nódulos**) linfáticos adyacentes (**N**): ¿Se ha propagado el cáncer a los ganglios linfáticos adyacentes?
- La propagación (**metástasis**) a sitios distantes (**M**): ¿Se ha propagado el cáncer a ganglios linfáticos distantes o a órganos distantes como el hígado o los pulmones?

El sistema descrito a continuación es el sistema AJCC más reciente, en vigor desde enero de 2018. Este sistema es para clasificar por etapas a todos los cánceres de estómago excepto aquellos que se originan en la unión gastroesofágica (donde el

esófago y el estómago se unen) o que se originan en el cardias (la primera parte del estómago) y crecen hacia la unión gastroesofágica. Estos cánceres son clasificados por etapas (y a menudo tratados) como cánceres de esófago (vea [Cáncer de esófago²](#)).

Los números y las letras después de la T, N y M proporcionan más detalles sobre cada uno de estos factores. Los números más altos significan que el cáncer está más avanzado. Una vez que se han determinado las categorías T, N y M de una persona, esta información se combina en un proceso llamado **agrupación por etapas** para asignar una etapa general.³

El sistema de estadificación en la tabla que sigue es la **etapa patológica** (también llamada la etapa quirúrgica). Esta se determina mediante el examen del tejido extraído durante una operación.

A menudo, si no es posible realizar una cirugía de inmediato o en absoluto, en su lugar, al cáncer se le asignará una **etapa clínica**. Esto se basa en los resultados obtenidos de un examen físico, biopsia y estudios por imágenes, no se basa en lo que se encuentra en la cirugía. La etapa clínica se usará para ayudar a planear el tratamiento. A menudo, no obstante, el cáncer se ha propagado más que el estimado de la etapa clínica y puede que no proporcione un pronóstico del paciente tan preciso como la etapa patológica.

Se han creado otros sistemas de estadificación si su cáncer ha sido estadificado clínicamente o si usted se ha sometido a cirugía o terapia neoadyuvante. Para estos casos es mejor que hable con su médico sobre su etapa específica.

La estadificación del cáncer puede resultar compleja, por lo tanto pídale a su médico que se la explique de una manera que usted pueda entender.

Etapa para AJCC	Agrupamiento para establecer la etapa	Descripción de la etapa*
0	Tis N0 M0	Hay displasia de alto grado (células de aspecto muy anormal) en el revestimiento del estómago O hay células cancerosas sólo en la capa superior de las células de la mucosa (la capa más interna del estómago), y no han crecido hacia las capas más profundas de tejido, tal como la lámina propia (Tis). Esta etapa también se conoce como carcinoma <i>in situ</i> (Tis). No hay propagación a los ganglios linfáticos cercanos (N0) ni a sitios distantes (M0).

IA	T1 N0 M0	El tumor creció desde la capa superior de las células de la mucosa hacia las próximas capas inferiores, tal como la lámina propia, la capa muscular de la mucosa (muscularis mucosae) o la submucosa (T1). No se ha propagado a los ganglios linfáticos adyacentes (N0), ni a sitios distantes (M0).
	IB	El cáncer creció desde la capa superior de las células de la mucosa hacia las próximas capas inferiores, tal como la lámina propia, la capa muscular de la mucosa (muscularis mucosae) o la submucosa (T1) Y se ha propagado a entre uno y dos ganglios linfáticos adyacentes (N1). No se ha propagado a sitios distantes (M0).
	O	
	T2 N0 M0	El cáncer está creciendo hacia la capa muscularis propia (T2). No se ha propagado a los ganglios linfáticos adyacentes (N0), ni a sitios distantes (M0).
	O	
	T1 N2 M0	El cáncer creció desde la capa superior de las células de la mucosa hacia las próximas capas inferiores, tal como la lámina propia, la capa muscular de la mucosa (muscularis mucosae) o la submucosa (T1) Y se ha propagado a entre tres y seis ganglios linfáticos adyacentes (N2). No se ha propagado a sitios distantes (M0).
IIA	O	
	T2 N1 M0	El cáncer está creciendo hacia la capa muscular propia (T2) Y se ha propagado entre 1 y 2 ganglios linfáticos adyacentes (N1), pero no a sitios distantes (M0).
	O	
	T3 N0 M0	El cáncer está creciendo hacia la capa subserosa (T3). No se ha propagado a los ganglios linfáticos adyacentes (N0), ni a sitios distantes (M0).

IIB	T1 N3a M0	El cáncer creció desde la capa superior de las células de la mucosa hacia las próximas capas inferiores, tal como la lámina propia, la capa muscular de la mucosa (muscularis mucosae) o la submucosa (T1) Y se ha propagado a entre 1 y 15 ganglios linfáticos adyacentes (N3a). No se ha propagado a sitios distantes (M0).
	O	
	T2 N2 M0	El cáncer está creciendo hacia la capa muscularis propia (T2) Y se ha propagado a entre 3 y 6 ganglios linfáticos adyacentes (N2). No se ha propagado a sitios distantes (M0).
	O	
IIIA	T3 N1 M0	El cáncer está creciendo hacia la capa subserosa (T3) Y se ha propagado a entre 1 y 2 ganglios linfáticos adyacentes (N1), pero no a sitios distantes (M0).
	O	
	T4a N0 M0	El tumor ha crecido a través de la pared del estómago hacia la serosa, pero el cáncer no ha crecido hacia ningún órgano o estructura adyacente (T4a). No se ha propagado a los ganglios linfáticos adyacentes (N0), ni a sitios distantes (M0).
	O	
IIIA	T2 N3a M0	El cáncer está creciendo hacia la capa muscularis propia (T2) Y se ha propagado a entre 7 y 15 ganglios linfáticos adyacentes (N3a). No se ha propagado a sitios distantes (M0).
	O	
	T3 N2 M0	El cáncer está creciendo hacia la capa subserosa (T3) Y se ha propagado a entre 3 y 6 ganglios linfáticos adyacentes (N2). No se ha propagado a sitios distantes (M0).
	O	

	T4a N1 M0	El cáncer ha crecido a través de la pared del estómago hacia la serosa, pero no ha crecido hacia ningún órgano o estructura adyacente (T4a). Se ha propagado a entre 1 y 2 ganglios linfáticos adyacentes (N1), pero no a sitios distantes (M0).
	<input type="radio"/>	
	T4a N2 M0	El cáncer ha crecido a través de la pared del estómago hacia la serosa, pero no ha crecido hacia ningún órgano o estructura adyacente (T4a). Se ha propagado a entre 3 y 6 ganglios linfáticos adyacentes (N1), pero no a sitios distantes (M0).
<input type="radio"/>		
	T4b N0 M0	El cáncer ha crecido a través de la pared del estómago y hacia los órganos o estructuras adyacentes (T4b). No se ha propagado a los ganglios linfáticos adyacentes (N0), ni a sitios distantes (M0).
	<input type="radio"/>	
	IIIB	T1 N3b M0
<input type="radio"/>		
T2 N3b M0		El cáncer está creciendo hacia la capa muscular propia (T2) Y se ha propagado a entre 16 o más ganglios linfáticos adyacentes (N3b). No se ha propagado a sitios distantes (M0).
<input type="radio"/>		
	T3 N3a M0	El cáncer está creciendo hacia la capa subserosa (T3) Y se ha propagado a entre 7 y 15 ganglios linfáticos adyacentes (N3a). No se ha propagado a sitios distantes (M0).
	<input type="radio"/>	
	<input type="radio"/>	

IIIC	T4a N3a M0	El cáncer ha crecido a través de la pared del estómago hacia la serosa, pero no ha crecido hacia ningún órgano o estructura adyacente (T4a) Y se ha propagado a entre 7 y 15 ganglios linfáticos adyacentes (N3a). No se ha propagado a sitios distantes (M0).
	<input type="radio"/>	
	T4b N1 M0	El cáncer ha crecido a través de la pared del estómago y hacia los órganos o estructuras adyacentes (T4b). Se ha propagado a entre 1 y 2 ganglios linfáticos adyacentes (N1), pero no a sitios distantes (M0).
	<input type="radio"/>	
	T4b N2 M0	El cáncer ha crecido a través de la pared del estómago y hacia los órganos o estructuras adyacentes (T4b). Se ha propagado a entre 3 y 6 ganglios linfáticos adyacentes (N1), pero no a sitios distantes (M0).
	<input type="radio"/>	
	T3 N3b M0	El cáncer está creciendo hacia la capa subserosa (T3) Y se ha propagado a 16 o más ganglios linfáticos adyacentes (N3b). No se ha propagado a sitios distantes (M0).
	<input type="radio"/>	
	T4a N3b M0	El cáncer ha crecido a través de la pared del estómago hacia la serosa, pero no ha crecido hacia ningún órgano o estructura adyacente (T4a) Y se ha propagado a 16 o más ganglios linfáticos adyacentes (N3b). No se ha propagado a sitios distantes (M0).
	<input type="radio"/>	
	T4b N3a M0	El cáncer ha crecido a través de la pared del estómago hacia órganos o estructuras adyacentes (T4b) Y se ha propagado a entre 7 y 15 ganglios linfáticos adyacentes (N3a). No se ha propagado a sitios distantes (M0).
	<input type="radio"/>	
T4b	El cáncer ha crecido a través de la pared del estómago hacia órganos o	

	N3b	estructuras adyacentes (T4b) Y se ha propagado a 16 o más ganglios linfáticos adyacentes (N3b).
	M0	No se ha propagado a sitios distantes (M0).
IV	Cualquier T	El cáncer puede crecer hacia cualquiera de las capas (Cualquier T) y podría o no haberse propagado a los ganglios linfáticos adyacentes (Cualquier N).
	Cualquier N	Se ha propagado a órganos distantes como el hígado, los pulmones, el cerebro o el peritoneo (la membrana que recubre el espacio alrededor de los órganos del sistema digestivo) (M1).
	M1	

*Las categorías T se describieron en la tabla anterior, excepto: **TX**: No se puede evaluar el tumor principal debido a falta de información. **T0**: No hay evidencia de un tumor primario. Las categorías N se describieron en la tabla anterior, excepto: **NX**: No se pueden evaluar los ganglios linfáticos regionales debido a falta de información.

Hyperlinks

1. www.cancer.org/content/cancer/es/cancer/cancer-de-estomago/tratamiento.html
2. www.cancer.org/content/cancer/es/cancer/cancer-de-esofago.html
3. [/content/](#)
4. www.cancer.org/content/cancer/es/cancer/cancer-de-estomago/referencias.html

Escrito por

Equipo de redactores y equipo de editores médicos de la Sociedad Americana Contra El Cáncer (www.cancer.org/cancer/acs-medical-content-and-news-staff.html)

Nuestro equipo está compuesto de médicos y enfermeras con postgrados y amplios conocimientos sobre el cáncer, al igual que de periodistas, editores y traductores con amplia experiencia en contenidos médicos.

American Joint Committee on Cancer. Stomach. In: *AJCC Cancer Staging Manual*. 8th ed. New York, NY: Springer; 2017:203.

Referencias

Consulte todas las referencias para el cáncer estómago aquí.

www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-estomago/referencias.html)⁴

Actualización más reciente: diciembre 18, 2017

Tasas de supervivencia del cáncer de estómago según la etapa

Las tasas de supervivencia proporcionan una idea del porcentaje de personas con el mismo tipo y etapa de cáncer que siguen vivas durante cierto tiempo (generalmente 5 años) después del diagnóstico. Estas tasas no pueden indicar cuánto tiempo usted vivirá, pero pueden ayudarle a tener un mejor entendimiento de cuán probable es que su tratamiento sea eficaz.

Tenga en cuenta que las tasas de supervivencia son cálculos que a menudo se basan en los resultados previos de un gran número de personas que padecieron un cáncer específico; sin embargo, no pueden predecir lo que sucederá en el caso particular de una persona. Estas estadísticas pueden ser confusas y pueden ocasionar que tenga más preguntas. Hable con su médico para saber cómo puede que estas estadísticas apliquen a usted, ya que él o ella está familiarizado con su situación.

¿Qué es tasa relativa de supervivencia a 5 años?

Una **tasa relativa de supervivencia** compara a las personas que tienen el mismo tipo y etapa de cáncer con las personas en la población general. Por ejemplo, si la **tasa relativa de supervivencia a 5 años** para una etapa específica de cáncer de estómago es 70%, esto significa que los hombres que padecen ese cáncer tienen, en promedio, alrededor de 70% de probabilidades, en comparación con los hombres que no padecen ese cáncer, de vivir al menos 5 años después de recibir el diagnóstico.

¿De dónde provienen estos porcentajes?

La Sociedad Americana Contra El Cáncer obtiene la información de la base de datos del Programa de Vigilancia, Epidemiología y Resultados Finales (SEER*), mantenida por el Instituto Nacional del Cáncer (NCI), para proporcionar estadísticas de

supervivencia para diferentes tipos de cáncer.

La base de datos de SEER lleva un registro de las tasas relativas de supervivencia a 5 años para el cáncer de estómago en los Estados Unidos, basándose en cuán lejos se ha propagado el cáncer. Sin embargo, la base de datos de SEER no agrupa a los cánceres según el [sistema de estadificación TNM del AJCC](#) (etapa 1, etapa 2, etapa 3, etc.). En cambio, divide a los grupos de cánceres en etapas localizadas, regionales y distantes:

- **Localizado:** no hay signos de que el cáncer se haya propagado fuera del estómago.
- **Regional:** el cáncer se ha propagado fuera del estómago hacia estructuras o ganglios linfáticos cercanos.
- **Distante:** el cáncer se ha propagado a partes distantes del cuerpo, como al hígado.

Tasas relativas de supervivencia a 5 años del cáncer de estómago

Basado en personas diagnosticadas con cáncer de estómago entre 2010 y 2016.

Etapa SEER	Tasa relativa de supervivencia a 5 años
Localizado	70%
Regional	32%
Distante	6%
Todas las etapas SEER combinadas	32%

Cómo entender los porcentajes

- **Estos porcentajes aplican solo a la etapa del cáncer cuando se hizo el diagnóstico por primera vez.** No se aplican más adelante si el cáncer crece, se propaga o regresa después del tratamiento.
- **Estos porcentajes no toman en cuenta todos los factores.** Las tasas de supervivencia se agrupan en función de cuán lejos se ha propagado el cáncer, pero su edad, su salud en general, qué tan bien responde el cáncer al tratamiento,

y otros factores también pueden afectar su pronóstico.

- **Las personas que en la actualidad reciben un diagnóstico de cáncer de estómago pueden tener un mejor pronóstico de lo que muestran estos porcentajes.** Los tratamientos han mejorado con el pasar del tiempo, y estos porcentajes se basan en personas que fueron diagnosticadas y tratadas al menos cinco años antes.

*SEER = Vigilancia, Epidemiología y Resultados Finales

Hyperlinks

1. www.cancer.org/content/cancer/es/cancer/cancer-de-estomago/referencias.html

Escrito por

Equipo de redactores y equipo de editores médicos de la Sociedad Americana Contra El Cáncer (www.cancer.org/cancer/acs-medical-content-and-news-staff.html)

Nuestro equipo está compuesto de médicos y enfermeras con postgrados y amplios conocimientos sobre el cáncer, al igual que de periodistas, editores y traductores con amplia experiencia en contenidos médicos.

Referencias

American Cancer Society. *Cancer Facts & Figures 2021*. Atlanta, Ga: American Cancer Society; 2021.

Consulte todas las referencias para el cáncer estómago aquí. (www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-estomago/referencias.html)¹

Actualización más reciente: febrero 12, 2021

Preguntas que puede hacer a su médico

sobre el cáncer de estómago

En el momento en que le informan que tiene cáncer de estómago

- ¿Qué [tipo de cáncer de estómago](#)¹ tengo?
- ¿En qué lugar de mi estómago está el cáncer?
- ¿En qué [etapa](#) se encuentra mi cáncer y qué significa eso en mi caso?
- ¿Se necesitan hacer otras [pruebas](#) antes de decidir sobre el tratamiento?
- ¿Necesitaré consultar a otros médicos?
- ¿Cuánta experiencia tiene con el tratamiento de este tipo de cáncer?
- Según lo que sabe acerca del cáncer que tengo, ¿cuál es mi pronóstico?

Al momento de decidir un plan de tratamiento

- ¿Qué [opciones de tratamiento](#)² tengo?
- ¿Qué recomienda y por qué?
- ¿Cuál es el objetivo del tratamiento (curar el cáncer, reducir su crecimiento, aliviar síntomas, etc.)?
- ¿Hay algún estudio clínico que deba considerar ahora?
- ¿Debería buscar una segunda opinión? ¿Cómo gestiono esto? ¿Me puede recomendar a alguien?
- ¿Con qué prontitud tenemos que decidir el tratamiento?
- ¿Qué debo hacer para prepararme para el tratamiento?
- ¿Cuánto tiempo durará el tratamiento? ¿En qué consiste el tratamiento? ¿Dónde se llevará a cabo el tratamiento?
- ¿Cuáles son los riesgos o efectos secundarios de los tratamientos que sugiere?
¿Cuánto tiempo es probable que duren?
- ¿Cómo afectará el tratamiento a mi vida diaria? ¿Afectará la manera en que me alimento?

Durante el tratamiento

- ¿Cómo se sabe si el tratamiento está funcionando?
- ¿Hay algo que pueda hacer para ayudar a manejar los efectos secundarios?
- ¿Qué síntomas o efectos secundarios debo notificarle inmediatamente?

- ¿Cómo puedo comunicarme con usted durante las noches, días festivos o fines de semana?
- ¿Necesito cambiar mi alimentación durante el tratamiento?
- ¿Hay límites en las actividades que puedo hacer?
- ¿Debo hacer ejercicios? ¿Qué debo hacer y con qué frecuencia?
- ¿Puede sugerirme un profesional de la salud mental que pueda consultar si empiezo a sentirme abrumado, deprimido o afligido?
- ¿Qué tipo de [atención médica de seguimiento](#)³ necesitaré después del tratamiento?

Después del tratamiento

- ¿Hay límites en las actividades que puedo hacer?
- ¿Hay síntomas que deba yo vigilar?
- ¿Qué tipo de ejercicio debo hacer ahora?
- ¿Qué tipo de atención médica de seguimiento necesitaré después del tratamiento?
- ¿Con qué frecuencia necesitaré exámenes y pruebas de seguimiento?
- ¿Cómo podemos saber si el cáncer ha regresado? ¿A qué debo prestar atención?
- ¿Cuáles serán mis opciones si el cáncer regresa?
- ¿Cuáles serían mis opciones si el tratamiento no surte efecto o si el cáncer regresa?
- ¿Dónde puedo obtener más información y apoyo?

Además de estos ejemplos de preguntas, asegúrese de escribir las que usted desee hacer.

Recuerde que los médicos no son los únicos que pueden proporcionarle información. Otros profesionales de atención médica, como enfermeras y trabajadores sociales, quizás puedan responder a algunas de sus preguntas. Usted puede encontrar más información sobre cómo comunicarse con su equipo de profesionales que atiende su salud en [La relación entre el médico y el paciente](#)⁴.

Hyperlinks

1. www.cancer.org/content/cancer/es/cancer/cancer-de-estomago/acerca/que-es-el-cancer-de-estomago.html
2. www.cancer.org/content/cancer/es/cancer/cancer-de-estomago/tratamiento.html

3. www.cancer.org/content/cancer/es/cancer/cancer-de-estomago/despues-del-tratamiento/cuidado-de-seguimiento.html
4. www.cancer.org/content/cancer/es/tratamiento/como-comprender-su-diagnostico/como-hablar-sobre-cancer/la-relacion-entre-el-medico-y-el-paciente.html
5. www.cancer.org/content/cancer/es/cancer/cancer-de-estomago/referencias.html

Escrito por

Equipo de redactores y equipo de editores médicos de la Sociedad Americana Contra El Cáncer (www.cancer.org/cancer/acs-medical-content-and-news-staff.html)

Nuestro equipo está compuesto de médicos y enfermeras con postgrados y amplios conocimientos sobre el cáncer, al igual que de periodistas, editores y traductores con amplia experiencia en contenidos médicos.

Referencias

Consulte todas las referencias para el cáncer estómago aquí. (www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-estomago/referencias.html)⁵

Actualización más reciente: diciembre 14, 2017

cancer.org | 1.800.227.2345