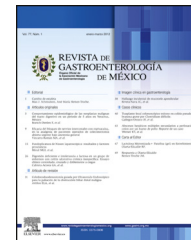




REVISTA DE
GASTROENTEROLOGÍA
DE MÉXICO

www.elsevier.es/rgmx



EDITORIAL

El cáncer gástrico en México: mejoría, pero aún con mucho por hacerse[☆]



Gastric cancer in Mexico: Improvement, but still a long way to go

El cáncer gástrico (CG) es la segunda causa de mortalidad por cáncer a nivel mundial¹, y también representa una de las cargas de cáncer más elevadas, cuando se mide en función de los años de vida perdidos ajustados por discapacidad². Aproximadamente, el 65% de pacientes con CG se presentan con enfermedad localmente avanzada o con metástasis, y la mayoría presentarán enfermedad sistémica en algún momento del curso de su enfermedad³.

En este número de la REVISTA MEXICANA DE GASTROENTEROLOGÍA, Sánchez-Barriga⁴ reporta, que entre 2002-2012, murieron 69,107 pacientes por CG en México. En el año 2000, hubo 5,003 muertes por CG y en el 2012, 5,459 individuos fallecieron por esta enfermedad. La tasa de mortalidad ajustada por edades para el CG fue de 5.6 por cada 100,000 habitantes en el 2012, y este estudio mostró que la tasa de mortalidad por CG en México disminuyó de 7.5 por cada 100,000 habitantes en el 2000⁴. Hay que interpretar estos datos con cautela. Las tasas de mortalidad pueden modificarse con el tiempo, debido a mejores diagnósticos, mejor tratamiento médico, un incremento en la identificación de los casos, y mejores registros, así como cambios en la prevalencia de los factores de riesgo. El estudio realizado por Sánchez-Barriga enfatiza la asociación entre la pobreza y el CG. El estado de Chiapas tuvo la tasa de pobreza más alta en México en el 2012⁵, con el 74.7% de la población viviendo en pobreza extrema⁴. Este estado, también tuvo la tasa de mortalidad más alta por CG en el 2000 (9.2; IC 95%: 8.2-10.3) y en el 2012 (8.2; IC 95%: 7.3-9). Además, Chiapas tuvo la tasa más alta de años de vida potenciales perdidos durante el periodo del estudio (97.4 en el 2000 y 79.6 en el 2012). Esta asociación podría explicarse por la prevalencia elevada de infección por *H. pylori* en áreas rurales,

donde el agua potable es limitada, y las condiciones sanitarias son frecuentemente pobres. Se estima que la infección por *H. pylori* es responsable de más de un 60% de los casos de CG⁶, y más de un 5% de los cánceres a nivel mundial⁷. Los tratamientos para la erradicación de infección por *H. pylori* en sujetos asintomáticos han mostrado disminuir la frecuencia entre lesiones gástricas precancerosas y CG en países asiáticos⁸.

Este estudio también resalta que el CG es una enfermedad agresiva con una tasa de mortalidad alta, y que en la práctica clínica la mayoría de pacientes con CG tienen enfermedad avanzada al momento del diagnóstico. A pesar de los progresos en el diagnóstico, técnicas quirúrgicas, quimioterapia y radioterapia, el pronóstico de CG permanece pobre.

Actualmente, en áreas rurales de Norteamérica con incidencia elevada de infección por *H. pylori* y CG⁹, existen grupos de trabajo, los cuales tienen como meta la identificación de estrategias de tratamiento efectivas, y la elaboración de recomendaciones para normas de salubridad enfocadas al manejo de infección por *H. pylori* y a la reducción de CG. Además, el escrutinio para CG podría ser de utilidad en la detección de CG temprano en pacientes asintomáticos en áreas de alta prevalencia¹⁰, lo cual, a su vez incrementaría el número de cánceres tratables, y mejoraría la supervivencia en general. Por lo tanto, debería considerarse la adopción de tales estrategias para las áreas de México con una alta prevalencia del CG.

En conclusión, a pesar de la disminución en la incidencia del CG en México, comparable con la incidencia reducida a nivel mundial⁷, esta enfermedad continúa siendo un problema de salud grave en México, con un impacto social significativamente negativo por las muertes prematuras causadas por CG. Se deben reconocer 3 áreas potenciales mayores a desarrollar: 1) Mejorar las instalaciones sanitarias y el acceso a agua potable podrían reducir, aún más, la prevalencia de infección por *H. pylori* y CG; 2) Escrutinio de CG para la detección temprana de pacientes con alto riesgo del

[☆] Véase contenido relacionado en DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rgmx.2016.01.002>, Sánchez-Barriga JJ. Tendencias de mortalidad y años potenciales de vida perdidos por cáncer gástrico en México, 2000-2012. Rev Gastroenterol Méx. 2016;81(2):65-73.

mismo¹¹, tales como aquellos con gastritis atrófica, metaplasia intestinal, úlcera gástrica o displasia, especialmente en áreas con condiciones poco favorables en educación, ocupación, salud, vivienda, y condiciones de empleo; y 3) Mejorías en las terapias de CG, las cuales se esperan conforme avance nuestro conocimiento sobre la biología del CG y las vías de señalización. La integración de las terapias dirigidas ya es una posibilidad, y los resultados preliminares son prometedores. Mejorar la selección de las terapias para los pacientes de forma individual puede, también, mejorar su tratamiento y supervivencia de manera significativa.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Referencias

1. Torre LA, Bray F, Siegel RL, et al. Global Cancer Statistics, 2012. *CA Cancer J Clin*. 2015;65:87–108.
2. Soerjomataram I, Lortet-Tieulent J, Parkin DM, et al. Global burden of cancer in 2008: A systematic analysis of disability-adjusted life-years in 12 world regions. *Lancet*. 2012;380:1840–50.
3. Meza-Junco J, Sawyer MB. Metastatic gastric cancer - focus on targeted therapies. *Biologics*. 2012;6:137–46.
4. Sánchez-Barriga JJ. Tendencias de mortalidad y años potenciales de vida perdidos por cáncer gástrico en México, 2000-2012. *Rev Gastroenterol Mex*. 2016;81:65–73.
5. Coneval. [consultado 15 Feb 2016]. Disponible en: <http://www.coneval.gob.mx/Medicion/MP/Paginas/Anexo-estadistico-pobreza-2012.aspx>
6. Parkin DM. The global health burden of infection-associated cancers in the year 2002. *Int J Cancer*. 2006;118:3030–44.
7. de Martel C, Ferlay J, Franceschi S, et al. Global burden of cancers attributable to infections in 2008: A review and synthetic analysis. *Lancet Oncol*. 2012;13:607–15.
8. Ma JL, Zhang L, Brown LM, et al. Fifteen-year effects of *Helicobacter pylori*, garlic, and vitamin treatments on gastric cancer incidence and mortality. *J Natl Cancer Inst*. 2012;104:488–92.
9. Goodman KJ, Jacobson K, Veldhuyzen van Zanten S. *Helicobacter pylori* infection in Canadian and related Arctic Aboriginal populations. *Can J Gastroenterol*. 2008;22:289–95.
10. Khanderia E, Markar SR, Acharya A, et al. The influence of gastric cancer screening on the stage at diagnosis and survival: A meta-analysis of comparative studies in the Far East. *J Clin Gastroenterol*. 2016;50:190–7.
11. Song H, Ekheden IG, Zheng ZL, et al. Incidence of gastric cancer among patients with gastric precancerous lesions: Observational cohort study in a low risk Western population. *BMJ*. 2015;351, h3867.

J. Meza-Junco^{a,*} y A.J. Montano-Loza^b

^a *Departamento de Oncología Médica, Cross Cancer Institute, Edmonton, Alberta, Canadá*

^b *División de Gastroenterología y Unidad Hepática, Hospital de la University of Alberta, Edmonton, Alberta, Canadá*

* Autor para correspondencia. Instituto Cross Cancer y la Universidad de Alberta, Edmonton, AB, T6G 1Z2, Canadá, Teléfono: +780 432-8514.

Correo electrónico:

Judith.MezaJunco@albertahealthservices.ca

(J. Meza-Junco).