

Cáncer de estómago: le llega el turno para su prevención

“El único *Helicobacter pylori* bueno es un *Helicobacter pylori* muerto”
(Graham, *The Lancet* 1997 [1])

En 1983, cuando Warren y Marshall [2] demostraron que la cavidad gástrica podía ser colonizada por bacterias y que la bacteria por ellos descubierta, *Helicobacter pylori*, era responsable de la mayoría de las enfermedades del estómago, incluidas la gastritis y las enfermedades malignas, estas enfermedades pasaron de la cronicidad, la alta morbilidad y mortalidad, a ser una enfermedad infecciosa, fácilmente curable con antibióticos, dejando planteadas las bases para la prevención del cáncer gástrico.

De acuerdo con GLOBOCAN 2008, el cáncer de estómago es el cuarto cáncer más frecuente en hombres y el quinto en mujeres en todo el mundo, con una incidencia de 988.602 casos y una mortalidad de 737.419 individuos [3, 4]. Las incidencias más altas corresponden al este asiático, al este de Europa y a Sur América, mientras que las incidencias más bajas corresponden a Norte América y a gran parte del continente africano por el denominado “enigma africano”. De acuerdo con el mismo organismo, en Colombia, el cáncer de estómago es la primera causa de muerte por cáncer, con un estimado de 5.073 muertes anuales, lo cual significa que en promedio ocurren 13,9 muertes diarias, seguido del cáncer de pulmón con 4.180 muertes, del cáncer de próstata con 2.482 muertes, del cáncer de cuello uterino con 2,154 muertes y del cáncer de mama con 2.120 muertes anuales [5]. La magnitud del problema que representa el cáncer gástrico en el país refleja el retraso que hay en la implementación de estrategias para la disminución de sus tasas de morbimortalidad, como lo es la identificación rápida y el tratamiento de la infección por *Helicobacter pylori* y las mejoras ambientales que se deben introducir.

Cuando se sabe que uno de los factores de riesgo más importantes para el desarrollo del cáncer gástrico es la infección por *Helicobacter pylori* y que la erradicación de ésta es costo-eficiente a largo plazo, no sólo en lo relacionado con las enfermedades malignas, sino con las enfermedades no malignas del estómago, y cuando se dispone de la tecnología adecuada para su diagnóstico y para su tratamiento oportuno a costos razonables, el país está en mora de abordar el problema desde las altas esferas del Estado, con el apoyo de la comunidad científica y no científica, como también está en mora de tomar una actitud positiva y enfrentar desde ahora esta infección como la única manera de reducir las tasas de morbilidad y de mortalidad por cáncer gástrico [6, 7].

Por lo anterior, se han implementado estrategias internacionales que procuran la disminución de la incidencia de cáncer gástrico y demás enfermedades asociadas con la infección por *Helicobacter pylori*, a partir de la erradicación de la bacteria. En este sentido, la guía del Pacífico Asiático para la prevención del cáncer gástrico [8], la guía para el manejo de la infección por *Helicobacter pylori* en Japón [9], el grupo canadiense de estudio de *Helicobacter* [10] y el Consenso de Maastricht IV [11], reconocen en general la importancia de esta bacteria en la etiología del cáncer gástrico, la erradicación de la infección como una estrategia para reducir el riesgo de esta neoplasia y como una estrategia quimio-preventiva en los pacientes sin avance de las lesiones pre-cancerosas, y también reconocen la costo-efectividad del tratamiento en las poblaciones de alto riesgo.

Además, si se tiene en cuenta la historia natural del cáncer gástrico, el cual tiene una evolución de décadas partiendo de la infección con *Helicobacter pylori*, el desarrollo posterior de la gastritis, de la metaplasia intestinal y de las lesiones pre-neoplásicas, hasta la proliferación tumoral, la evaluación y la erradicación de la infección por *Helicobacter pylori* se debe realizar una

o dos décadas antes que los pacientes alcancen la edad en la cual se presenta el cáncer gástrico; es decir, el diagnóstico y la erradicación se deben realizar idealmente en los adolescentes y en los adultos jóvenes, de forma que disminuya el riesgo de progresión y de desarrollo de las lesiones pre-neoplásicas [8, 12-14]

Por ello, es imprescindible el compromiso gubernamental, en especial en aquellos países con alto riesgo para cáncer gástrico, como Colombia, para la reducción de la prevalencia de la infección por *Helicobacter pylori* en la población general mediante (1) el reconocimiento de la infección por *Helicobacter pylori* como un problema de salud pública, como ya lo han hecho países como Japón [15] y recientemente ratificado en el Consenso de Maastricht IV [11]; (2) la implementación de medidas sociales dirigidas al mejoramiento de las condiciones socioeconómicas, al fortalecimiento de las estrategias de saneamiento ambiental y a la distribución de agua potable a todos los hogares; (3) el diagnóstico temprano de la infección mediante pruebas altamente sensibles y específicas para garantizar la identificación de todos los casos; y (4) el tratamiento con antibióticos de todos los casos positivos como el mecanismo más efectivo para reducir las tasas de infección por esta bacteria y por lo tanto, para reducir la frecuencia de cáncer gástrico en la población colombiana.

La inclusión de la prueba de aliento con urea marcada con carbono 13 para *Helicobacter pylori* dentro del Plan Obligatorio de Salud, POS, del Sistema de Seguridad Social [16], es el primer paso para que en Colombia se logre, como mínimo, la disminución de la infección por *Helicobacter pylori*, ya que esta prueba permitirá la tamización de la población colombiana y el abordaje terapéutico de la infección, idealmente antes que se desarrollen las lesiones pre-neoplásicas en el epitelio gástrico, y así la erradicación de esta bacteria patógena sea una estrategia costo-eficiente para la disminución del impacto social, económico y de salud que tiene la morbilidad por cáncer de estómago en la población colombiana.

Bibliografía

1. **Graham DY.** The only good *Helicobacter pylori* is a dead *Helicobacter pylori*. *Lancet* 1997; 350: 70-71.
2. **Warren J, Marshall B.** Unidentified curved bacilli on gastric epithelium in active chronic gastritis. *Lancet* 1983; 1273-1275.
3. **GLOBOCAN.** Cancer incidence, mortality and prevalence worldwide in 2008. <http://globocan.iarc.fr/> Consultado el 16 de junio de 2012.
4. **Jemal A, Bray F, Center MM, Ferlay J, Ward E, Forman D.** Global cancer statistics. *CA Cancer J Clin* 2011; 61: 69-90.
5. **GLOBOCAN.** Cancer incidence, mortality and prevalence worldwide in 2008. Fast stats Colombia. <http://globocan.iarc.fr/factsheet.asp> Consultado el 16 de junio de 2012.
6. **Uemura N, Okamoto S, Yamamoto S, Matsumura N, Yamaguchi S, Yamakido M, et al.** *Helicobacter pylori* infection and the development of gastric cancer. *N Engl J Med* 2001; 345: 784-789.
7. **Malfertheiner P, Sipponen P, Naumann M, Moayyedi P, Megraud F, Xiao SD, et al.** *Helicobacter pylori* eradication has the potential to prevent gastric cancer: A State-of-the-Art Critique. *Am J Gastroenterol* 2005; 100: 2100-2115.
8. **Fock KM, Talley N, Moayyedi P, Hunt R, Azuma T, Sugano K, et al.** Asia-Pacific consensus guidelines on gastric cancer prevention. *J Gastroenterol Hepatol* 2008; 23: 351-365.
9. **Asaka M, Kato M, Takahashi S, Fukuda Y, Sugiyama T, Ota H, et al.** Guidelines for the management of *Helicobacter pylori* infection in Japan: 2009 revised edition. *Helicobacter* 2010; 15: 1-20.
10. **Hunt R, Fallone C, Veldhuyzen van Zanten S, Sherman P, Smaill F, Flook N, et al.** Canadian *Helicobacter* Study Group Consensus Conference: Update on the management of *Helicobacter pylori*-an evidence-based evaluation of six topics relevant to clinical outcomes in patients evaluated for H pylori infection. *Can J Gastroenterol* 2004; 18: 547-554.
11. **Malfertheiner P, Megraud F, O'Morain CA, Atherton J, Axon AT, Bazzoli F, et al.** Management of *Helicobacter pylori* infection--the Maastricht IV/ Florence Consensus Report. *Gut* 2012; 61: 646-664.
12. **Helicobacter and Cancer Collaborative Group.** Gastric cancer and *Helicobacter pylori*: a combined analysis of 12 case control studies nested within prospective cohorts. *Gut* 2001; 49: 347-353.
13. **Wong BC, Lam SK, Wong WM, Chen JS, Zheng TT, Feng RE, et al.** *Helicobacter pylori* eradication to prevent gastric cancer in a high-risk region of China: a randomized controlled trial. *Jama* 2004; 291: 187-194.
14. **Yeh JM, Kuntz KM, Ezzati M, Goldie SJ.** Exploring the cost-effectiveness of *Helicobacter pylori* screening to prevent gastric cancer in China in anticipation of clinical trial results. *Int J Cancer* 2009; 124: 157-166.
15. **Asaka M, Kato M, Graham DY.** Prevention of gastric cancer by *Helicobacter pylori* eradication. *Intern Med* 2010; 49: 633-636.
16. **República de Colombia, Comisión de Regulación en Salud.** Acuerdo número 029 de diciembre 2011 "Por el cual se sustituye el Acuerdo 028 de 2010 que define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud