*Evidencia actualizacion en la práctica ambulatoria*
Vol. 29 Núm. 4 (2026)
DOI: 10.51987/evidencia.v29i4.7195

# ¿Es necesario realizar rastreo de cáncer gástrico en personas asiáticas que emigran de su país de origen?

*Andrea Lee* Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria, Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina

El cáncer de estómago es el quinto tipo de cáncer más frecuentemente diagnosticado a nivel global, especialmente en países asiáticos como Japón, Corea del Sur y China. En estos países se han implementado programas de tamizaje endoscópico para la detección y el tratamiento temprano del cáncer gástrico y lesiones preneoplásicas. En países de baja incidencia como Argentina, Estados Unidos, entre otros, el tamizaje sistemático no está recomendado. Sin embargo, se ha planteado considerarlo en migrantes provenientes de países de alto riesgo, que podrían mantener un riesgo incrementado por factores culturales y dietéticos. Para responder esta pregunta se realizó una búsqueda bibliográfica con el objetivo de evaluar la costoefectividad, la mortalidad y la calidad de vida del tamizaje. Sin embargo, no se encontraron artículos que respaldaran esta estrategia en relación con la mortalidad y la calidad de vida, por lo que hemos decidido comunicar en forma resumida los resultados de un artículo que evalúa la potencial costoefectividad de diferentes estrategias. Dado que esta evidencia es indirecta y se basa en simulaciones, no es posible recomendar el tamizaje sistemático de cáncer gástrico en personas asiáticas que residen en Argentina, por lo que la decisión debería individualizarse.

## Escenario clínico

Se presenta a la consulta con su médica de familia un varón de 52 años, oriundo de Corea del Sur. Refiere que vive en Argentina desde hace 20 años, y desde entonces no ha realizado ningún control de salud. El paciente comenta que en su país de origen, como parte de los controles de salud que se realizan periódicamente, se suele indicar el tamizaje de cáncer de estómago con videoendoscopia digestiva alta (VEDA), por lo que le consulta a su médica si podría solicitarle este estudio.

## Pregunta que generó el caso

*En pacientes asiáticos mayores de 50 años que emigraron de su país de origen, el tamizaje de cáncer gástrico con VEDA, a diferencia de no realizar tamizaje, ¿es una estrategia costoefectiva, que disminuya la mortalidad o que mejore la calidad de vida?*

## Estrategia de búsqueda

Se realizó una búsqueda en PubMed usando la siguiente estrategia: *(Ethnicity[Mesh] OR Asian American[tiab] OR Chinese American[tiab] OR Japanese American*[tiab] OR Korean American*[tiab]) AND (Early Detection of Cancer[Mesh] OR Mass Screening[Mesh] OR Cancer Screening*[tiab] OR Cancer Early Detection[tiab] OR Cancer Early Diagnosis[tiab] OR Mass Screening*[tiab]) AND (Stomach Neoplasms[Mesh] OR Stomach Neoplasm*[tiab] OR Gastric Neoplasm*[tiab] OR Stomach Cancer*[tiab])*, sin aplicar filtros adicionales. La búsqueda identificó 34 artículos, de los cuales 29 fueron excluidos por no responder a la pregunta de investigación.

Entre los cinco artículos restantes, tres correspondían a revisiones narrativas o artículos de opinión y fueron descartados. Finalmente, se seleccionaron dos artículos que cumplían con los criterios, pero ambos habían revisado las mismas fuentes, por lo tanto se resumió únicamente el publicado en fecha más reciente.

## Algunos datos sobre el cáncer de estómago

El cáncer de estómago es uno de los más comunes, representando el quinto tipo de cáncer más frecuentemente diagnosticado a nivel global. Cada año se diagnostican 968.784 casos en todo el mundo[1]. Asia es el continente de mayor incidencia: en Japón se diagnostican por año 27,6 casos cada 100.000 personas, seguido de Corea del Sur donde se diagnostican 27 cada 100.000. China, Mongolia, Irán y Rusia también son países con alta incidencia[1].

Esta condición está asociada a múltiples potenciales causas, entre las que se incluyen el consumo de ciertos alimentos como los ahumados y alimentos en conserva, el tabaquismo, el consumo excesivo de alcohol, los antecedentes familiares de la enfermedad, la edad avanzada, el género masculino y, fundamentalmente, la infección por *Helicobacter pylori*[2]. En países como China, Japón, Corea y Vietnam, las tasas de infección por *H. pylori* pueden ser tan altas como 72%[2]. Esta infección crónica y la gastritis constituyen el factor de riesgo conocido más importante para el adenocarcinoma gástrico no cardial de tipo intestinal (NCGA, por las iniciales en inglés de *non-cardia gastric adenocarcinoma*), la forma más frecuente de cáncer gástrico. La metaplasia intestinal gástrica (MIG) representa una etapa preneoplásica de la mucosa gástrica y se asocia con un riesgo anual basal del 0,16% de desarrollar NCGA. Por este motivo, se recomienda la vigilancia endoscópica en determinados individuos con este tipo de alteración histológica[3].

Su pronóstico varía dependiendo del estadio en el cual se detecta. Cuando el diagnóstico se realiza en forma temprana, la probabilidad de curación aumenta. En estadios localizados, la tasa de supervivencia a cinco años llega a 75%, mientras que disminuye a 35% cuando la enfermedad se encuentra localmente diseminada, y a 7% en presencia de metástasis[4]. Por todo ello, algunos países de Asia han implementado estrategias poblacionales de rastreo que se encuentran resumidas en la Tabla 1[5].

| **País** | **Incidencia anual de cáncer** | **Estrategia de tamizaje** | **Población** |
|---|---|---|---|
| **Japón**[6] | 27,6 casos cada 100.000 habitantes | Radiografía de bario de doble contraste convencional con fotofluorografía cada año o endoscopia cada dos o tres años | > 50 años |
| **China**[7] | 13,7 casos cada 100.000 habitantes | Endoscopía superior cada tres años | 40 a 69 años |
| **Corea del Sur**[8] | 27 casos cada 100.000 habitantes | Endoscopía superior cada dos años | 40 a 75 años |

**Table 1.** ***Estrategias de tamizaje en países de Asia***

En Argentina, la incidencia de cáncer de estómago es de 6,7 casos por año cada 100.000 habitantes, mientras que la mortalidad es de 5/100.000 habitantes[1]. De acuerdo a los criterios establecidos por el Ministerio de Salud de este país, estos datos lo posicionan fuera de la categoría de alto riesgo para esta enfermedad, por lo que no estaría justificada la implementación de un programa de tamizaje para el cáncer de estómago en la población general.

Sin embargo, Argentina viene recibiendo una importante migración de origen asiático, que ha sido contabilizada en aproximadamente un millón de personas. La primera oleada estuvo representada por la migración durante el siglo XX de población de origen japonés proveniente de la prefectura de Okinawa[9]. Una segunda ola migratoria comenzó en 1960 y estuvo integrada principalmente por

empresarios coreanos[10]. Por último, desde la década de 1990 comenzó a predominar el ingreso de empresarios chinos[11].

La mayoría de los migrantes asiáticos, aun residiendo en Argentina, conservan su cultura, incluyendo los hábitos dietéticos, manteniendo de esta forma parte de los factores de riesgo antes mencionados y, si bien los datos locales son escasos, además podría potencialmente sumarse la alta prevalencia de *H. pylori*[12,13] en sus países de origen. Vale destacar que una investigación realizada en el Hospital Alemán de la Ciudad de Buenos Aires en 2008 evidenció que los pacientes asiáticos que viven en Argentina presentan un mayor riesgo de lesiones premalignas de cáncer de estómago (infección por *H. pylori*, gastritis activa y metaplasia intestinal) que los nacidos en Argentina[12]. Estos resultados no nos sorprenden, ya que son concordantes con los de la revisión sistemática de Pabla et al., publicada en 2020, que comunicó que las poblaciones migrantes provenientes de regiones de alta incidencia pueden mantener un riesgo elevado de cáncer gástrico y de mortalidad a pesar de migrar a regiones de menor incidencia[14].

Dado que el abordaje temprano del cáncer de estómago condiciona un mejor pronóstico y que, a pesar de haber migrado, ha sido documentado en nuestro país que esta población pareciera conservar un mayor riesgo de desarrollar lesiones premalignas (probablemente por mantener hábitos dietéticos potencialmente cancerígenos), se decidió evaluar la evidencia que respalda la efectividad de implementar programas de rastreo de cáncer gástrico en población asiática que ha emigrado de su país de origen.

## Resumen de la evidencia

### Shah SC, Canakis A, Peek RM, et al. Endoscopy for Gastric Cancer Screening Is Cost Effective for Asian Americans in the United States. Clin Gastroenterol Hepatol. 2020 Dec;18(13):3026-3039.[4]

**Objetivo.** Determinar la costoefectividad de diferentes estrategias de tamizaje endoscópico para detectar cáncer gástrico (VEDA única vez o VEDA bienal) en comparación con la ausencia de tamizaje en pacientes estadounidenses de origen chino, filipino, del sudeste asiático, vietnamita, coreano y japonés.

**Métodos.** Los autores realizaron una simulación de una cohorte de personas estadounidenses de origen asiático, asintomáticas, de 50 años de edad, utilizando un análisis de decisiones mediante un modelo de Markov, desde la perspectiva del sistema de salud. Se comparó la costoefectividad de dos estrategias de tamizaje endoscópico (VEDA única vez o VEDA bienal) del cáncer gástrico frente a la ausencia de tamizaje, estratificando los resultados por sexo. Los desenlaces fueron el costo acumulado, los años de vida ajustados por calidad (AVAC) y la razón de costoefectividad incremental (RCEI), utilizando un umbral de disposición a pagar de 100.000 dólares por AVAC.

La información sobre la incidencia de la enfermedad fue obtenida del Registro de Cáncer de California y de la Base de datos del Programa de Vigilancia, Epidemiología y Desenlaces del Instituto Nacional del Cáncer de EE.UU. La mortalidad fue obtenida del Centro de Control de Enfermedades de ese país. Los costos directos fueron calculados a partir de los promedios nacionales de 2015, obtenidos de *Medicare*, *Medicaid* y de *Physician Fee Schedule*. Fueron asumidas diferentes probabilidades anuales para cada subgrupo étnico: de evolucionar desde una metaplasia gástrica de tipo intestinal a una displasia, de una displasia a un adenocarcinoma gástrico no cardial o a la muerte, de que una lesión displásica sea candidata a una disección endoscópica submucosa, la probabilidad de morir durante una VEDA, etc.

**Resultados principales.** En comparación con la ausencia de tamizaje endoscópico para el cáncer gástrico, la realización de una endoscopia alta única con toma de biopsias (seguida de controles endoscópicos periódicos solo ante la detección de metaplasia intestinal gástrica) fue identificada

como una estrategia costoefectiva. Comparando esta estrategia con la ausencia de tamizaje, el costo incremental aproximado de cada AVAC sería de U$D 75.000. La práctica de endoscopias repetidas cada dos años en todos los individuos no sería costoefectiva, dado el incremento de sus costos sin un beneficio proporcional en términos de AVAC.

**Conclusión de los autores.** Realizar tamizaje de cáncer gástrico con VEDA por una única vez, combinada con la vigilancia de pacientes con lesiones preneoplásicas, representaría una intervención costoefectiva en la población estadounidense de origen asiático mayor de 50 años.

# Comentario

Basándose en modelos teóricos de predicción de riesgo respaldados por proyecciones estadísticas, algunos expertos afirman que la población coreanoestadounidense mantiene un riesgo elevado y sugieren considerar el tamizaje en inmigrantes de primera generación, especialmente ante la presencia de antecedentes familiares[15,16].

Sin embargo, este análisis fue realizado mediante una cohorte hipotética construida a partir de diversos supuestos acerca de la progresión de la enfermedad y basándose en datos epidemiológicos de EE.UU., de donde proviene la información de los costos. Estas características deberían considerarse al valorar la aplicabilidad de sus resultados a la población argentina.

Destacamos que la guía de práctica clínica publicada por la Asociación Norteamericana de Gastroenterología recomienda que en los grupos de alto riesgo (inmigrantes de primera generación provenientes de regiones con alta incidencia de cáncer gástrico y, posiblemente, personas de otros grupos raciales y étnicos no blancos; aquellos con antecedentes familiares de cáncer gástrico en un familiar de primer grado; e individuos con ciertos síndromes hereditarios de poliposis gastrointestinal o de cáncer hereditario) se debería considerar el tamizaje de cáncer gástrico con VEDA[17].

Si bien los autores de este análisis de costoefectividad[4] concluyeron que una VEDA realizada por una única vez resultaría una estrategia de tamizaje costoefectiva en la población estadounidense de origen asiático mayor de 50 años, destacamos que la evidencia que sustenta las asunciones en las que se basó el análisis es extremadamente indirecta y no está respaldada por ensayos clínicos que hayan evaluado resultados duros como morbimortalidad o calidad de vida. Si a esta evidencia le agregamos el problema de que el riesgo de la población asiática no es homogéneo (p. ej., es más alto en Japón y en Corea que en China), el problema es más complejo aún[6-8]. Por esta razón, consideramos que la pregunta que disparó esta búsqueda bibliográfica todavía no está respondida.

## Conclusión de la comentadora

Entonces, frente al paciente que motivó esta revisión bibliográfica (varón de 52 años asintomático oriundo de Corea del Sur residente en Argentina desde hace 20 años), luego de esta revisión bibliográfica, después de indagar sus antecedentes familiares y personales (hábitos alimentarios y consumo de tabaco y alcohol), y basándonos en las preferencias y valores del paciente, podríamos considerar el ofrecimiento de realizar una VEDA como tamizaje en grupo de alto riesgo, por ejemplo en el mismo momento de realizar la videocolonoscopía si es que el paciente opta por esta práctica de cribado de cáncer colorrectal.

No obstante, la evidencia disponible es escasa, basada en simulaciones y sin datos sobre el impacto real en la morbimortalidad, por lo que no es posible recomendar el tamizaje sistemático de cáncer gástrico en personas asiáticas que residen en países de baja incidencia de la región. La decisión debe individualizarse, considerando los factores de riesgo personales, los antecedentes familiares, las preferencias del paciente y las limitaciones del conocimiento actual.

## Fuentes de financiamiento / Conflicto de interés de los autores

Este artículo no contó con financiamiento específico. La autora declaró no poseer conflictos de interés.

## Declaración de uso de inteligencia artificial

En la preparación de este manuscrito fueron utilizados grandes modelos de lenguaje para la corrección ortográfica y sintáctica.

## Historial del artículo

Recibido el 07/08/2026, aceptado el 27/10/2026 y publicado el 02/11/2026.

## Declaración de revisión editorial

Artículo evaluado por pares externos.

## Licencia

Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional

(CC BY-NC-SA 4.0)

## Imagen de portada

Imagen de portada generada por el Comité Editorial de Evidencia mediante la asistencia de modelos de inteligencia artificial de Google (Imagen / Gemini).

## Referencias

1. Ervik M, Laversanne M, Lam F, et al. Global Cancer Observatory: Cancer Today (2024 estimates, version 1.0). Lyon, France: International Agency for Research on Cancer; 2026. Available from: https://gco.iarc.who.int/today/
2. Wang A, Shaukat A, Acosta RD, et al. Race and ethnicity considerations in GI endoscopy. *Gastrointest Endosc*. 2015 Oct;82(4):593-599. doi:10.1016/j.gie.2015.06.014
3. Shah SC, Canakis A, Peek RM Jr, et al. Endoscopy for Gastric Cancer Screening Is Cost Effective for Asian Americans in the United States. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2020;18(13):3026-3039. PMID: 32707341 DOI: 10.1016/j.cgh.2020.07.031
4. Instituto Nacional del Cáncer. Pronóstico y tasas de supervivencia del cáncer de estómago. Bethesda: National Cancer Institute; 2023. Available from: https://www.cancer.gov/espanol/tipos/estomago/supervivencia
5. Instituto Nacional del Cáncer. Detección del cáncer de estómago. Bethesda: National Cancer Institute; 2023. Available from: https://www.cancer.gov/espanol/tipos/estomago/deteccion
6. Hamashima C; Systematic Review Group and Guideline Development Group for Gastric Cancer Screening Guidelines. Update version of the Japanese Guidelines for Gastric Cancer Screening. *Jpn J Clin Oncol*. 2018;48(7):673-683. PMID: 29889263 DOI: 10.1093/jjco/hyy077
7. Fan X, Qin X, Zhang Y, et al. Screening for gastric cancer in China: Advances, challenges and visions. *Chin J Cancer Res*. 2021;33(2):168-180. PMID: 34158737 DOI: 10.21147/j.issn.1000-9604.2021.02.05
8. Yoo KY. Cancer control activities in the Republic of Korea. *Jpn J Clin Oncol*.

2008;38(5):327-333. PMID: 18407932 DOI:10.1093/jjco/hyn026
9. Onaha MC. Historia de la migración japonesa en Argentina: diasporización y transnacionalismo. *Revista de Historia*. 2011;(12):82-96. Available from: https://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/art_revistas/pr.16272/pr.16272.pdf
10. Asociación Civil de Coreanos en la Argentina. Historia de la Asociación Coreana. Buenos Aires: Hanin; 2026. Available from: https://hanin.org.ar/?page_id=212
11. Denardi LE. Historia y características de las migraciones chinas hacia Argentina. En: Arsovska L, editora. América Latina y el Caribe-China: historia, cultura y aprendizaje del chino 2019. Ciudad de México: Unión de Universidades de América Latina y el Caribe; 2020. Available from: https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/193109
12. Gomez E, Mella J, Pereyra L, et al. Risk of Gastric Lesions Between Caucasian and Asian Patients That Had Epigastralgia in a Private Community Hospital in Argentina. *Gastrointest Endosc*. 2010;71(5):AB362. DOI: 10.1016/j.gie.2010.03.982
13. Kim GH, Liang PS, Bang SJ, et al. Screening and surveillance for gastric cancer in the United States: Is it needed? *Gastrointest Endosc*. 2016;84(1):18-28. PMID: 26940296 DOI: 10.1016/j.gie.2016.02.028
14. Pabla BS, Shah SC, Corral JE, et al. Increased Incidence and Mortality of Gastric Cancer in Immigrant Populations from High to Low Regions of Incidence: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2020;18(2):347-359.e5. PMID: 31154030 DOI: 10.1016/j.cgh.2019.06.012
15. Sin MK, Kim IH. Facilitators of and Barriers to Gastric Cancer Screening Among Korean Americans. *Cancer Nurs*. 2017;40(4):E59-E65. PMID: 27636129 DOI: 10.1097/ncc.0000000000000431
16. Kim GH, Bang SJ, Ende A, et al. Is screening and surveillance for early detection of gastric cancer needed in Korean Americans? *Korean J Intern Med*. 2015;30(6):747-758. PMID: 26552450 DOI: 10.3904/kjim.2015.30.6.747
17. Shah SC, Wang AY, Wallace MB, et al. AGA Clinical Practice Update on Screening and Surveillance in Individuals at Increased Risk for Gastric Cancer in the United States: Expert Review. *Gastroenterology*. 2025;168(2):405-416.e1. PMID: 39718517 DOI: 10.1053/j.gastro.2024.11.001