

11209
2 ej 23

TITULO:

C A N C E R G A S T R I C O

ALUMNO:

DR FRANCISCO EZEQUIEL SOLIS KITSU
RESIDENTE DE CIRUGIA GENERAL
DE MARZO 1, 1979 A FEBRERO 28, 1982
HOSPITAL CENTRAL DE PEMEX
MEXICO, D.F., MEXICO
DIVISION DE ESTUDIOS SUPERIORES
U. N. A. M.

~~PROFESOR DEL CURSO:~~
DR OSCAR DIAZ GIMENEZ
HOSPITAL CENTRAL DE PEMEX
MEXICO, D.F., MEXICO

FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

I N D I C E

RESUMEN	pg 2
INTRODUCCION	pg 3
MATERIAL Y METODOS.....	pg 6
COMENTARIO.....	pg 9
BIBLIOGRAFIA.....	pg 10
TABLA I	pg 12
TABLA II.....	pg 13
TABLA III	pg 14

RESUMEN:

Se estudiaron 35 pacientes con cancer gástrico, 20 hombres y 15 mujeres, con edades entre 18 y 84 años. El diagnóstico se sospechó por la clínica y se corroboró por medio de los rayos X y la endoscopia con biopsia. 34 pacientes se operaron y al 57% se les realizó cirugía radical. A todos los pacientes se les aplicó quimioterapia postoperatoria, monoterapia en el inicio y posteriormente combinada. La supervivencia fue mejor en todos los pacientes con cirugía radical y quimioterapia múltiple. Se reportaron adenocarcinomas en todos menos en dos, clasificados como indiferenciados, ambos con muy mala evolución.

SUMMARY:

We studied 35 patients with gastric cancer, 20 men and 15 women, with ages between 18 and 84 years. The diagnosis was suspected by their clinical history and corroborated by X-rays and endoscopy with biopsy. 34 patients were operated and in 57% a radical surgery was performed. All patients received chemotherapy, monotherapy at the beginning and combined therapy after. The survival was better in all patients with radical surgery and combined chemotherapy. They were all adenocarcinomas but two, reported as undifferentiated, both with a very bad evolution.

Desde los tiempos de Avicenna en el siglo X, y el primer reporte sobre el carcinoma gástrico, se inició una búsqueda terapéutica, que daría su primer paso importante con la introducción de las gastrectomías por Dean en 1879 y por Billroth en 1881. Posterior a lo cual, solo la quimioterapia ha mostrado beneficios terapéuticos.

Los avances realizados en el conocimiento de la enfermedad, nos la han mostrado como un padecimiento altamente agresivo y sintómicamente casi muda. El diagnóstico por lo mismo debiera apoyarse en los factores predisponentes, junto con un complejo sintomático tan vago que frecuentemente es ignorado tanto por el paciente como por el médico. Ya que el pronóstico es modificable solo por medio de la detección temprana.

Dentro de los métodos diagnósticos con los que actualmente se cuentan, la detección temprana tiene todavía un alto margen de error, y el costo no permite su uso rutinario.

Debido a la importancia que los factores predisponentes tienen, estos merecen consideración, siendo estos: sexo masculino, edad mayor de 57 años, condiciones consideradas como premalignas como lo serían: la gastritis atrófica, los polipos gástricos, la metaplasia intestinal, la anemia perniciosa, y también una úlcera gástrica en especial rebelde al tratamiento médico, aunque se sabe que esta no evoluciona hacia la malignidad, no se puede descartar en sus cercanías.

Existe una revisión realizada por Klarfeld y Resnick (5) donde se atribuye como factor predisponente, a la cirugía gástrica. Se refiere que toda cirugía gástrica que permita el reflujo hacia el estómago, condiciona cambios en la mucosa, como son la gastritis atrófica y la metaplasia intestinal, am-

bas condiciones consideradas como premalignas. Siendo mas importante la frecuencia en pacientes mayores de 50 años.

Los mejores resultados en la detección temprana se han logrado por medio de la endoscopia, que con la introducción del fibroscopio permite una exploración de toda la cavidad gástrica. Desgraciadamente la experiencia del endoscopista es muy importante para reconocer lesiones iniciales.

El manejo quirúrgico del cancer gástrico ha continuado - siendo el mas importante, siendo la mas adecuada la gastrectomía subtotal radical, que incluye la omentectomia y esplenectomía. Aunque sobre la esplenectomía sin tumor cercano al hilio existe un trabajo de Sugimachi y Cols (9), donde no se apreció diferencia significativa entre dos grupos de pacientes con cancer gástrico, uno con y otro sin esplenectomía, y hasta se refiere mayor mortalidad en los pacientes esplenectomizados, sin encontrar explicación al respecto.

Dentro de las contraindicaciones para la realización de una cirugía radical, Tabla I, en ocasiones esta puede descartarse clinicamente, y en la mayoría de los casos es necesario la laparotomia exploradora para poder determinarla. La decisión para realizar una cirugía de tipo derivativa debiera siempre valorarse, ya que su tiempo de utilidad es corto, debido principalmente a la infiltración tumoral, y sobre las del tipo paliativo deberan desecharse.

Existe una revisión realizada por Klarfeld y Resnick (5) donde se atribuye como factor predisponente a la cirugía gástrica. Se refiere que toda cirugía gástrica que permita el reflujo hacia el estomago, condiciona cambios en la mucosa, como son la gastritis atrófica y la metaplasia intestinal, am-

tes. Aun existen trabajos que no le confieren ninguna utilidad a la quimioterapia como en el trabajo de Hugier y cols (3), donde usando la combinación de de 5 flouracilo y vinblastina, no apreciaron ninguna mejoría en la sobrevida global. Mientras que en la Clínica Mayo (2), con el uso de 5 flouracilo, mitomicina y adriamicina, refiriendo una respuesta tumoral hasta de un 43%, y mejoría en la sobrevida en 12.5 meses más que el grupo sin quimioterapia. Y tambien se ha observado un efecto protector contra las metástasis hepáticas, con la mitomicina, en especial si el tumor no ha atravesado la serosa gástrica, referido por Imanaga y Nakasato (4).

Un factor determinante en la sobrevida de los pacientes y su respuesta al tratamiento instituido, es la invasión linfática, la cual se ha observado que no guarda relación con el tamaño del tumor. Y segun Kraeski y Rottenberg (6), en un estudio retrospectivo, encontraron que existía una relación entre los pacientes con los ganglios subpilóricos tomados y una menor sobrevida, sin importar el estadio de la enfermedad.

Por lo que respecta a la sobrevida de los pacientes esta no se ha modificado significativamente en las últimas décadas, mas en lo que respecta a los riesgos quirúrgicos. Siendo la global de 12% a 5 años, en tumores localizados sin infiltración linfática de 40 a 50%. Estas son estadísticas de los Estados Unidos, pero son sinonimos de varios lugares.

MATERIAL Y METODOS

Se realizó una revisión de carcinomas gástricos en el Hospital Central de Pemex, que abarcaron los años 1967 a 1980. Escogiéndose 35 pacientes por estar completos sus estudios y conocerse su evolución, de los cuales fueron 20 hombres y 15 mujeres, con edades entre 18 y 84 años, promedio de 51 años.

El tiempo de evolución fue variable y se determinó, desde el inicio de la sintomatología hasta la fecha de su cirugía y en un paciente que rehusó la cirugía, se cuantificó hasta su primera consulta. Todos los pacientes se encontraban sintomáticos previo a la intervención quirúrgica, y el tiempo promedio fue de 6.6 meses.

La sintomatología de todos los pacientes se expone en la tabla II, por orden de frecuencia, siendo los más frecuentes el dolor epigástrico y la pérdida de peso.

El diagnóstico de todos los pacientes fue preoperatorio, en cuanto a patología gástrica, demostrada por la serie esofago-gastroduodenal en un 90% y en 74% de estos con datos altamente sugestiva de malignidad. Y la endoscopia que se realizó a todos los pacientes demostró en un 98% un carcinoma, por medio de la biopsia, siendo en un solo caso el diagnóstico de dudoso.

Se realizó a todos menos uno, una laparotomía exploradora, y la decisión de una cirugía radical se tomaba transoperatoriamente. En un 57% de los pacientes se les realizó gastrectomía radical, total en un 10% y el resto subtotal, con esplenectomía en un 68%. En un 75% de los casos la anastomosis fue con yeyuno y en 25% con duodeno.

De los pacientes con contraindicaciones para cirugía radical, a la mitad se les realizó procedimientos derivativos, observándose obstrucción tumoral en un 70% de los casos al mes.

La mortalidad operatoria fué considerada aquella que ocurría dentro del primer mes postoperatorio. Ocurriendo en dos pacientes, el primero era portador de una carcinomatosis y solo se le había realizado una gastro-yeyuno anastomosis, la causa de la muerte fue por sangrado del tumor, y ocurrió a los 5 días. El otro paciente falleció a los 14 días por una tromboembolia pulmonar masiva, posterior a haber presentado una fistula de la anastomosis, a este paciente se le había realizado una gastrectomía subtotal radical con esplenectomía.

Se le aplicó quimioterapia a todos los pacientes, iniciándola un mes despues de la cirugía. Todos se valoraban previamente con una biometria hemática completa, plaquetas, química sanguínea y en casos especiales pruebas de funcionamiento hepático. Los primeros 10 pacientes del estudio recibieron monoterapia, a base de 5 fluoracilo cada 2 semanas. Los demas pacientes recibieron terapia múltiple. (Tabla III). Y los ultimos 5 pacientes fueron manejados con 5 fluoracilo y mitomicina por un año.

Los reportes de las piezas quirúrgicas reveló, como localización mas frecuente la de antro y piloro en un 53%, y en curvatura mayor en un 17%. Existió infiltración linfática en el 71% de los casos, sin tomar en cuenta a los pacientes a los que se les realizó procedimientos derivativos. Y el diagnóstico histopatológico fué de adenocarcinomas en todos menos en dos pacientes, reportados como carcinoma indiferenciado.

Por lo que respecta a la sobrevivida, de los pacientes, la global fué de 9.7% a 5 años, con un promedio de 14 meses post.

quirúrgico. Tomando en cuenta que existen dos pacientes vivos asintomáticos en su segundo año, y un paciente vivo a los 10 años.

Los pacientes con cirugía radical promediaron 22 meses de sobrevida, contra 5 meses de los pacientes con cirugía paliativa. Y no se apreció diferencias entre los pacientes con o sin esplenectomía, tomando en cuenta el estadio de la enfermedad.

La quimioterapia múltiple mostró un aumento en la sobrevida por 7 meses, contra la monoterapia, sin importar el estadio de la enfermedad. Entre las combinaciones usadas se apreció una mejor respuesta tumoral con 5-flouracilo más mitomicina, pero debido a su reciente introducción en el tratamiento no se ha llegado a una diferencia significativa.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

COMENTARIO:

En este estudio retrospectivo sobre el carcinoma gástrico, realizado en el Hospital Central de Pemex, se puede apreciar que existen dificultades para un diagnóstico temprano que a final de cuentas se demuestra en la sobrevida. Empezando por el tiempo de evolución promedio que es muy largo, esto básicamente esta dado por la consulta tardía del paciente y también por las dificultades diagnósticas de la enfermedad temprana.

Debido a que el diagnóstico del cancer gástrico precoz es tan difícil, deberan aparecer métodos diagnósticos mas exactos y mas baratos, que permitan su uso generalizado. Dentro de estos nuevos metodos la inmunología esta logrando progresos. Mientras tanto continuaremos basandonos en los rayos X y más aún en la endoscopia, tomando muy en cuenta los factores predisponentes para su utilización.

Por lo que al tratamiento se refiere, continua siendo quirúrgico y de estos el mejor es la gastrectomia subtotal radical, por su mejor evolución y control postquirúrgico. Y aunque no mostró diferencias el estudio con respecto a la esplenectomia, es de considerarse que si no hay tumor en las cercanías, el no realizarla, ya que no existe diferencia y si es un organo importante.

Sobre el uso de la quimioterapia no se ha observado su utilidad en las etapas iniciales, pero ha empezado a mostrar sus beneficios, en especial en estadios avanzados y existe una diferencia escasa en la sobrevida, en especial con el uso de la quimioterapia multiple. Y actualmente los medicamentos que muestran mejores efectos son la mitomicina y el 5 flouracilo combinados.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Burchendl J.; Foettgen H.
Cancer Achievements, Challenges and Prospects for the 1980's
Ed Grune & Stratton Inc., 1981. Vol II, pgs 513-518.
- 2) Carter S.; Bakowsky; Hellman K.
Chemotherapy of Cancer
2nd Ed
Ed John Wiley & Sons, 1981, pgs 184-186
- 3) Hugier M; Destroyes J.P.; Baschet C; Le Henand; Bernard P.
Gastric Carcinoma Treated by Chemotherapy after Resection
Am Jour Surg. 139: 197-199, 1980.
- 4) Imanaga H; Nakasato H.
Results of Surgery for Gastric Cancer and Effects of Adu-
vant Mitomycin C on Cancer Recurrence
World Jour Surg. 1: 213-221. 1977.
- 5) Klarfeld J.; Resnick G.;
Gastric Remnant Carcinoma
Cancer. 44: 1129-1133. 1979
- 6) Kraeskii N.A.; Rottenberg V.
Histological Clasification of Stomach Cancer and it's Pro-
nostic Value
Arch Path. 41 (6):10-16. 1979
- 7) Krauss S; Sonoda T; Solomon A.
Treatment of Advanced Gastrointestinal Cancer with 5-floura
cil and Mitomycin C
Cancer. 43: 1598-1603. 1979.

8) Maingot R.

Abdominal Operations 7th Ed.

Ed Appleton. 1980. Vol 1, pgs 521- 565.

9) Sugimachi K; Kodama Y.; Kumashiro R.

Critical Evaluation of Prophylactic Splenectomy en Total
Gastrectomy for Stomach Cancer

Gann(Japan). 71 (5): 704-709. 1980

T A B L A IDATOS DE INOPERABILIDAD DEL CARCINOMA GASTRICO

Invasión Pelvica

Nódulo de Virchow

Nodulaciones tumorales;

umbilicales

subcutaneas

Ascitis importante tumoral

Tumor en ambos lóbulos hepáticos

SEGD - estómago fijo

T A B L A I IDATOS CLINICOSFRECUENCIA

Dolor epigástrico.....	71%
Pérdida de peso.....	67%
Sangrado de tubo digestivo.....	32%
Plenitud postprandial.....	25%
Masa epigástrica.....	14%

T. A. B. L. A. III

<u>MEDICAMENTOS USADOS</u>	<u>FRECUENCIA</u>
5-flouracilo.....	35%
Ciclofosfamida + 5FU.....	37%
Adriamicina + 5FU.....	23%
Mitomicina + 5FU.....	17.5%
Adriablastina + lomustine+ 5FU.....	3.5%

"5FU= 5- flouracilo.