

20
Sep 11209



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
HOSPITAL GENERAL
DR. FERNANDO QUIROZ GUTIERREZ
I. S. S. S. T. E.

**TRATAMIENTO QUIRURGICO DEL
CARCINOMA GASTRICO**

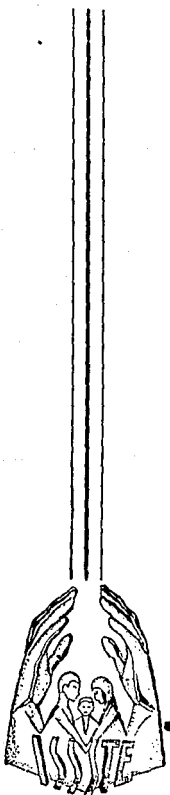
TESIS DE POSTGRADO

P R E S E N T A
DR. ROMUALDO CRUZ CERECEDO
PARA OBTENER EL TITULO DE:
ESPECIALISTA EN
CIRUGIA GENERAL

ASESOR DE TESIS:
DR. IGNACIO MEJIA ESGUERRA

1990

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 está 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

	Página
I . INTRODUCCION	1
II. MATERIAL Y METODOS	9
III. RESULTADOS	13
IV. CONCLUSIONES	17
V . BIBLIOGRAFIA	18

I . INTRODUCCION

I . INTRODUCCION

Los pacientes con enfermedad del aparato digestivo, presentan una gran variedad de signos y síntomas que si son investigados en forma adecuada nos permite formarnos una idea adecuada de la enfermedad y nos ayuda a su manejo clínico.

Esta sintomatología es producto de las anomalías de los alimentos por el tubo digestivo en cada una de sus partes, modificación en su absorción así como en la excreción de los catabolitos. Esto nos da idea de la importancia en la integración de los conceptos fisiopatológicos, permitiéndonos interpretar síntomas como hiporexia, náuseas, vómito, dolor abdominal, palidez, pérdida de peso, hematemesis melena y otros como ictericia, distensión abdominal, coluria, hipocólia, etc.

Reconociendo y agrupando éstos, integramos síndromes de causas diversas, como enfermedad péptica, úlceras gástricas o duodenales, duodenitis, pero también puede ser producto de la manifestación clínica de una neoplasia gástrica ulcerada o tumoral.

El carcinoma gástrico debe ser tomado en cuenta siempre que se encuentren presentes en un paciente sintomatología compatible con alteraciones en la función gástrica, para así poder lograr un diagnóstico temprano que es la base del tratamiento.

El reconocimiento de las llamadas condiciones premalignas, como son la gastritis atrófica la cuál hace al sujeto con mayor riesgo a desarrollar carcinoma gástrico demostrado ya estadísticamente, y como indicador histológico está la existencia de la metaplasia intestinal. La úlcera gástrica que estadísticamente representa asociación con carcinoma en 1% y que endoscópicamente puede ser observada con características benignas. La anemia perniciosa, por la atrofia gástrica revela una casuística 10 veces mayor de desarrollo de Ca. gástrico que en la población general. Así también los pólipos gástricos más en aquellos que histológicamente demuestran displasia en el epitelio. Otra condición a tomarse en cuenta es el antecedente de gastrectomía subtotal, que estadísticamente sugieren que el 10% de los estómagos operados pueden desarrollar neoplasias.

En la clasificación del carcinoma gástrico entran varios factores como son: Suestirpe histológica, la apariencia macroscópica, la topografía, su estadio y su comportamiento biológico.

Histológicamente son: Adenocarcinomas en un 87.9% y en un 12.1% están, el carcinoma epidermoide, el carcinoma linfoma, leiomioma. El adenocarcinoma puede ser poco, mediano ó bien diferenciado, éste último puede ser de tipo papilar ó tubular y los pocos diferenciados, acinar ó en anillo de sello.

Macrocópicamente se clasifican en AVANZADO (94%) y SUPERFICIAL (6%). El avanzado según Borrmann tiene 4 tipos:

Tipo I .- Fungoso (36 %)

Tipo II .- Úlcera cáncer sin infiltración a mucosa circundante (25 %)

Tipo III.- Úlcera con infiltración a la mucosa adyacente (25 %)

Tipo IV .- Infiltración difusa (26 %)

El carcinoma superficial representa un carcinoma in situ o tener una difusión superficial, en esta forma se han detectado carcinomas en forma temprana en Japón en un porcentaje superior al 50%.

Topográficamente pueden ser: Antropilóricas, del cuerpo, fondo y de la unión esofagagástrica.

Por su comportamiento biológico *Lauren lo clasificó como : INTESTINAL describiéndolo como tumor glandular y DIFUSO compuesto de pequeños racimos de células malignas sin formaciones glandulares. *Ming lo clasificó en 2 tipos : EXPANSIVO caracterizado por agregados de células malignas que mantienen una relación coherente en forma independiente del grado de maduración celular sugiriendo que la neoplasia crecerá por expansión comprimiendo los tejidos vecinos éste es más frecuente en el hombre 2 a 1 y se localiza con mayor frecuencia en la región antropilórica, macroscópicamente su apariencia es de tipo polipoides superficial y fungoso. INFILTRATIVO éste hace infiltración profunda y densa de células individuales apreciándose racimos de formaciones glandulares simples. Las diferencias fundamentales en estos 2 tipos, están dados por sus patrones de crecimiento, potencial de penetración y de invasión hechos que son independientes del tamaño y tiempo de evolución.

De la clasificación por estadios está la TNM, dada por un comité para el estudio del cáncer gástrico en 1970 y se usa para evaluar también el tratamiento quirúrgico y el oncológico adyuvante. La clasificación japonesa PHNS, en la que P indica grado de invasión a peritoneo (P0, P1, P2, P3). H se refiere al grado de metástasis hematogonas a hígado(H0, H1, H2, H3) La N nos indica invasión a ganglios (N0, N1, N2, N3, N4). y la

S la penetración a la serosa (S⁰, S¹, S², S³).

Otros tipos de neoplasias son los linfomas, éstos son tumores del sistema retículo endotelial donde encontramos diferentes tipos de células, linfocitos T y B histiocitos, monocitos y células reticulares, la mayoría de los tumores se originan en los linfocitos ó histiocitos aunque pueden originarse de otro tipo de células. El sistema reticuloendotelial incluye un componente hemopoyético y un componente linforreticular. El primero así como sus correspondientes células malignas se encuentran en médula ósea, hígado, bazo y es raro el crecimiento tumoral a partir de éstas células, en cambio las células linforreticulares están dispersas en en órganos con función especial, ganglios linfáticos, bazo, timo, médula ósea hígado, submucosa del aparato respiratorio y digestivo donde el crecimiento tumoral es más frecuente. Los linfomas son tumores sólidos compuestos por células neoplásicas derivados del tejido linforreticular, y se presentan como adenopatías generalizada o localizada, o bien ser primarios de órganos donde existe tejido linfoide como el aparato gastrointestinal donde se localizan entre el 8 y 10% de los linfomas con importante aumento en los últimos años como primarios del aparato digestivo.

No existe acuerdo uniforme en cuanto a la clasificación, la división en Linfoma de Hodking y No Hodking es aun aceptada. El aparato digestivo puede ser afectado por un linfoma de Hodking pero la mayor parte de los linfomas primarios son No Hodking.

La clasificación es muy importante para indicar el tratamiento y establecer el pronóstico, las más aceptadas son la de Rappaport basada en aspectos morfológicos y la de Lukes y Collins que al criterio morfológico agrega el funcional.

Cuadro 1.1 CLASIFICACION DE RAPPAPORT

NODULAR

Linfocítico pobremente diferenciado... 40%
 Mixto, Linfocítico e histiocítico..... 5%
 Histiocítico..... 5%

DIFUSO

*Linfocítico
 Bien diferenciado.....10%
 Pobremente diferenciado.....10%
 Mixto, linfocítico e histiocítico..... 5%
 Histiocítico.....25%
 *Linfoblástico
 Burkitt
 No Burkitt (plasmórfico)

Células indefinidas de linfocitos T
 Linfocitos
 Sarcoma inmunoblástico de linfocitos B
 Linfocitos pequeños
 Linfocítico plasmocitoide
 Células de centro folicular
 Folicular difuso
 Folicular y difuso, esclerótico
 Células pequeñas hendidas
 Células grandes hendidas
 Células pequeñas no hendidas
 Células grandes no hendidas
 Sarcoma inmunoblástico (Células B)
 Histiocítico
 Inclasificable

Lukes y Collins basan su clasificación en los factores histológicos y marcadores inmunológicos de superficie.

En el pronóstico también influye el tamaño del tumor, su ulceración el que está involucrados todas las capas del órgano afectado, incluyendo serosa y ganglios regionales. Los linfomas gastrointestinales se clasifican en los siguientes estadios.

ESTADIO I Limitado al aparato gastrointestinal

ESTADIO II Afecta el aparato gastrointestinal y ganglios regionales

ESTADIO III El linfoma se encuentra por arriba y por abajo del diafragma

ESTADIO IV Diseminación generalizada

Entre más localizada la enfermedad mejor es el pronóstico.

Los linfomas del aparato digestivo se presentan por igual en ambos sexos, con discreto predominio del sexo masculino, en cualquier edad (más frecuente en ancianos), la localización más frecuente es el estómago (48.50%) luego intestino delgado en 30.37%, región iliocecal en 12.14% y colon con 10.12%.

En el estómago las manifestaciones clínicas más frecuentes son el dolor abdominal, síndrome ulceroso, sangrado de tubo digestivo alto, pérdida de peso. En ésta localización tiene forma polipoides o con infiltración difusa, con frecuencia se ulceran y pueden involucrar todas las capas incluyendo la serosa, dan lugar a dolor en más del 80% de los casos.

Catalogado con frecuencia como síndrome ulceroso, en la SEGID se encuentra engrosamiento y distorsión de los pliegues gástricos, por infiltración linfomatosa de la submucosa. La endoscopia puede observar masas tumoral ulcerada ó simplemente los pliegues rechazados y engrosados, la biopsia y el estudio histopatológico da el diagnóstico de la variedad de linfoma y ésta debe ser profunda incluyendo la submucosa. El capillado y citología contribuyen en algunos casos. La tele de tórax está alterada por masas ganglionares en linfomas en estadios III y IV. la ultrasonografía puede mostrar crecimiento ganglionar. El más aparente estudio es la Tomografía Axial Computada y la linfografía, estudios muy importantes para planear el tratamiento quirúrgico, aplicar radioterapia y establecer el pronóstico.

El tratamiento de los linfomas es multidisciplinario, la cirugía, quimioterapia y radioterapia pueden estar indicados en forma aislada, conjunta o subsecuente. en los linfomas gástricos está indicada la gastrectomía subtotal o total con gastroenteroanastomosis o esofagoyeyunonastomosis. La radioterapia se utiliza en el preoperatorio con el fin de disminuir la masa tumoral y como terapia adyuvante en el postoperatorio, administrando 3000 a 4000 rads en lapso de 5 a 6 semanas y esto aumenta la supervivencia hasta en 10% más que con tratamiento quirúrgico solamente.

Clinicamente en el carcinoma gástrico predomina el dolor abdominal, la pérdida de peso, la náusea, anorexia, disfagia y la tumoración palpables en epigastrio esta sintomatología está en relación al tiempo de evolución, la localización y los patrones de crecimiento. El cuadro clínico es más florido cuando la neoplasia crece e invade el cárdias o estructuras anatómicas adyacentes, obstruye el píloro o da metástasis y esto da lugar a alteraciones nutricionales, lo que explica la presencia de hipoproteïnemia en un 26% y sangre oculta en heces así como melena en 40% con anemia variable en más del 50% de los pacientes.

En general la frecuencia es de 2 a 1 en favor del masculino y la edad mediana es de 65 años y extremos de los 20 a los 99 años. El tiempo de evolución varía de semanas a meses.

Al diagnosticar el carcinoma en forma temprana la supervivencia es de 95% a 5 años o más. La curación del carcinoma gástrico está en función de su resección quirúrgica oportuna y depende principalmente de que se logre hacer el diagnóstico en fases iniciales.

Actualmente la esperanza de curación se basa no solo en el diagnóstico temprano y en la cirugía radical sino también en la quimioterapia adyuvante y los cuidados postoperatorios.

La cirugía paliativa puede incluir desde una gastrectomía total hasta una simple derivación, así también la mortalidad y la morbilidad postoperatoria son superiores en una gastrectomía que en una derivación y ésta sólo mejora síntomas severos como la disfagia, náuseas, vómito, hemorragia y el dolor abdominal.

Con la cirugía radical se ha visto que aun con la presencia de metástasis hepáticas limitadas, da una supervivencia mayor que la obtenida de una simple laparotomía exploradora, en ésta se puede además de la resección gástrica, las resecciones segmentarias hepáticas, esplenectomía y pancreatocetomía distal.

Actualmente se acepta que la gastrectomía subtotal radical está indicada en los carcinomas tempranos y en estadios I y II, de localización antropilórica, la gastrectomía total y la esofagogastrectomía en los carcinomas del cuerpo y fondo y de la unión esofagogástrica.

La mortalidad postoperatoria del carcinoma gástrico en cirugía radical curativa ha disminuido de 14% (década de los 40's) a 6% en los últimos años, en cambio la cirugía paliativa se mantiene en cifras de 15 a 20% que son semejantes a una simple laparotomía exploradora. La morbilidad postoperatoria aun mantiene cifras de 25 a 30% (neumonías, atelectasias, dehiscencias de anastomosis, fistulas, e infecciones de heridas principalmente). La alimentación parenteral total en el postoperatorio inmediato del carcinoma gástrico avanzado con estadios III y IV disminuye la morbilidad, prolonga y aumenta la tolerancia a la quimioterapia.

La mayoría de los pacientes con adenocarcinoma del estómago requirieron de otro tratamiento que no sea la cirugía durante la evolución de la enfermedad.

Aproximadamente el 70% de los pacientes tienen un tumor no resecable de primera instancia, de el resto, el 25% seguirá sin tumor posiblemente curados 5 años después de la cirugía radical, indicándonos que una neoplasia es de mal pronóstico, por ello es importante conocer otras modalidades terapéuticas y desarrollar terapias eficaces para que unidas a la cirugía puedan mejorar el pronóstico de la enfermedad.

Actualmente se sabe que hay varios medicamentos eficaces en esta enfermedad la experiencia obtenida en relación a su eficacia proviene del tratamiento de

pacientes con enfermedad avanzada localmente o con metástasis a distancia, donde es posible hacer un buen seguimiento de las lesiones y observar que sucede con la aplicación de la quimioterapia. Estos fármacos son los siguientes junto con su eficacia.

Cuadro I.3

MEDICAMENTOS UTILIZADOS EN CÁNCER DE ESTÓMAGO

FARMACO	EFICACIA
Mitomicina C.....	30%
Adriamicina.....	26%
5-Fluoracilo.....	22%
BCNU (dicloro-nitrosamina).....	18%
CCNU (Cloro-nitrosamina).....	10%

También en este tumor, como en la mayoría de los tumores malignos, la combinación de quimioterápicos produce mejores resultados que el tratamiento con un medicamento, por ello los resultados justifican plenamente la utilización de combinados. Se deben seleccionar con cuidado los pacientes que se tratarán con una combinación ya que en éstos el beneficio deberá ser mayor que la toxicidad.

Los enfermos con tumor del estómago en etapa avanzada es posible mejorar sus condiciones en forma importante y significativa mediante la utilización de cirugía derivativa, éstos pacientes van a alimentarse adecuadamente durante un tiempo largo, ganarán peso, su sistema inmunológico va a funcionar bien y todo ello hará que toleren la quimioterapia a dosis altas y la oportunidad de que respondan al tratamiento será mejor. En el adenocarcinoma se obtienen remisiones completas que es la desaparición de toda evidencia de enfermedad tumoral con la combinación de medicamentos entre 10 y 30% de los casos, con enfermedad avanzada inoperable.

Este es el único órgano del aparato digestivo en que actualmente es posible, remisiones completas en caso de enfermedad diseminada.

Cuadro I.4

COMBINACION DE QUIMIOTERAPICOS EN CA. GASTRICO Y SU EFICACIA

5-Fluoracilo/Adriamicina/BCNU.....	52%
5-Fluoracilo/Adriamicina/CCNU.....	47%
5-Fluoracilo/Adriamicina/Mitomicina C.....	32%
5-Fluoracilo/Adriamicina/Ciclofosfamida.....	11%

De las combinaciones, la más utilizada es la de 5-FU/Adriamicina/Mitomicina C ésta aunque produce menos porcentaje de respuesta que otras combinaciones tiene varias ventajas sobre las demás como son:

- 1.- Produce más remisiones completas
- 2.- La duración de las remisiones parciales y completas, es más prolongada
- 3.- Es menos tóxica.

Esta combinación es el tratamiento de elección en pacientes con carcinoma gástrico avanzado y no deberá usarse en pacientes: Caquéticos, terminales, ictericos, que no sean capaces de alimentarse correctamente. En estos últimos se usará solo un medicamento o no se le dará quimioterapia.

QUIMIOTERAPIA POSTCIRUGIA

La curabilidad del carcinoma gástrico mediante la cirugía radical efectuada como intento curativo es de 20 a 35% y es evidente que el tratamiento quirúrgico no es suficiente para producir curación de ésta enfermedad. Se ha utilizado últimamente la quimioterapia después de la cirugía para tratar de mejorar el pronóstico de estos pacientes. Los primeros resultados significativos fueron informados en Japón donde la neoplasia es muy frecuente, la utilización de 5-FU y Mitomicina C después de la cirugía, mejoró el pronóstico. Posteriormente el Grupo de Estudios de Tumores Gastrointestinales de E.U. inició investigaciones proporcionando quimioterapia con 5-FU y CCNU y estos pacientes en análisis matemático tendrán una supervivencia a 5 años de 45% contra 33% tratados sólo con cirugía. Actualmente se está utilizando la combinación de 5-FU/Adriamicina/Mitomicina C, después del tratamiento quirúrgico los resultados iniciales a corto plazo sugieren que habrá mejoría en el pronóstico de éstos pacientes.

RADIOTERAPIA

El adenocarcinoma del estómago es una neoplasia poco sensible a la radiación ionizante y para obtener algún resultado útil se ha necesitado de dosis muy altas que no pueden ser toleradas por los tejidos vecinos al estómago.

Se ha utilizado en EU la radioterapia a dosis de 4000 rads en forma concomitante con 5FU con mejoría en etapas avanzadas y prolonga el tiempo de vida. Se utilizó a 5000 rads con mínimo beneficio y gran toxicidad. El papel de la radioterapia en Ca. gástrico está en fase experimental sin considerarse un tratamiento rutinario.

II. MATERIAL Y METODOS

II . MATERIAL Y METODOS

Se estudiaron 12 pacientes de Febrero de 1988 a Noviembre de 1989 en el Hospital General Dr. Fernando Quiróz Gutierrez del ISSSTE de los cuales 6 pacientes fueron de sexo femenino y 6 pacientes de sexo masculino, de entre 45 a 89 años de edad, con una media de 67 años. Los pacientes femeninos tuvieron una media de edad de 67 años y los masculinos de 66 años. El tiempo de evolución de la enfermedad, conocida por interrogatorio desde su inicio hasta la demostración del diagnóstico osciló de 2 meses a 4 años, con una media de 1 año y 11 meses, la media para los pacientes femeninos fué de 1 año y 5 meses y para los pacientes masculinos de 1 año y 10 meses. La sintomatología más importante observada en los pacientes, fué el DOLOR ABDOMINAL Y LA MELENA en un 91.66%, la PERDIDA DE PESO en un 83.33%, las NAUSEAS en 74.99%, VOMITO en 58.33% y SINTOMAS GENERALES como ASTENIA, ADINAMIA e HIPOREXIA en un 49.99%, la PIROSIS se encontró en 41.66% acompañado de R.G.E. en el mismo porcentaje, SENSACION DE PLENITUD en 24.99%, además HEMATEMESIS y PALIDEZ DE TEGUMENTOS (16.66%) y DISFAGIA (8.33%).

Cuadro II.1

SINTOMATOLOGIA MAS FRECUENTE	
DOLOR.....	91.66%
MELENA.....	91.66%
PERDIDA DE PESO.....	83.33%
NAUSEAS.....	74.99%
VOMITO.....	58.33%
ASTENIA.....	49.99%
ADINAMIA.....	49.99%
HIPOREXIA.....	49.99%
PIROSIS Y R.G.E.....	41.66%
PLENITUD GASTRICA.....	24.99%
HEMATEMESIS.....	16.66%
PALIDEZ.....	16.66%
DISFAGIA.....	8.33%

De los procedimientos diagnósticos más utilizados fueron los exámenes de rutina como Biometría Hemática, fundamentando anemia en el 58.33% de características macrocítica normocrómica.

Se utilizó como exámenes de gabinete el ULTRASONIDO de hígado y vías biliares en su mayoría, La S.E.C.D., la ENDOSCOPIA y en un paciente se utilizó la PERITONEOSCOPIA.

Cuadro 11.2

PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS	
ULTRASONIDO DE HIGADO Y VIAS BILIARES.....	11 pacientes
S. E. G. D.....	7 pacientes
ENDOSCOPIA.....	12 pacientes
PERITONEOSCOPIA.....	1 paciente

La USG se utilizó en 11 pacientes, en 5 de ellos se encontró evidencia de metástasis hepáticas y en 6 el estudio se mostró normal. La SEGD se realizó en 7 pacientes, en 6 se encontró datos positivos de defecto de llenado compatible con tumoración maligna y en 1 paciente solo evidencio contracturas en la curvatura mayor y 1 paciente mostró imagen elocuente de ulceración gástrica.

La endoscopia se hizo en todos los pacientes y fué el estudio que consideramos mostró más eficacia diagnóstica, en 10 pacientes se encontró tumoración con características malignas, 1 paciente fué reportado como gastritis vs. Úlcera gástrica sin evidencia de malignidad y en 1 paciente hubo que descartar proceso neoplásico maligno con mayor número de biopsias, en 2 pacientes se observó úlcera gástrica con datos de malignidad.

El paciente en el cuál se hizo peritoneoscopia se encontró fibrosis hepática sin evidencia morfológica de metástasis hepáticas.

Respecto a la preparación preoperatoria, 4 pacientes fueron sometidos a soluciones parenterales con complejo B y vit. C siendo un 32.33%. En 5 pacientes, solo a soluciones parenterales un 41.66% y 3 pacientes no recibieron ninguna preparación fueron un 24.99%.

Los diagnósticos preoperatorios en la mayoría de los pacientes fué de carcinoma

-gástrico con características de tumor en 8 pacientes (66.67%), en 3 pacientes (24.99%) la característica fué de úlcera maligna y 1 paciente fué intervenido con el diagnóstico de hernia hiatal con estenosis de la union esofagogástrica secundaria a reflujo gastroesofágico (RGE).

Cuadro II.3

CARACTERÍSTICAS DE LA NEOPLASIA EN EL PREOPERATORIO	
NEOPLASIA TIPO TUMORAL.....	8 pacientes 66.67%
NEOPLASIA TIPO LICEROSO.....	3 pacientes 24.99%

La anestesia utilizada en esta serie de pacientes (12) en 7 utilizaron anestesia general balanceada y en 5, general inhalatoria sin tener complicaciones durante el trananestésico.

La indicación de la intervención quirúrgica además de la tumoración maligna fué de sangrado de tubo digestivo alto en 9 pacientes (74.99%), de éstos pacientes 4 (33.33%) también referían RGE, 2 pacientes unicamente por RGE (16.66%) y en 3 pacientes por la compresión tumoral (24.99%), 2 pacientes por ulceración gástrica (16.66%) y el último por la caquexia (8.33%).

Cuadro II.4

INDICACION DE OPERACION ADEMAS DEL CARCINOMA GASTRICO	
S. T. D. A.....	5 pacientes 41.66%
S. T. D. A. más R. G. E.....	4 pacientes 33.33%
R. G. E.....	2 pacientes 16.66%
COMPRESION TUMORAL.....	3 pacientes 24.99%
ULCERACION GASTRICA.....	2 pacientes 16.66%
CAQUEXIA.....	1 paciente 8.33%

Los tipos de cirugía realizada en esta unidad se decidieron según los hallazgos transoperatorios y fueron como sigue: En 5 pacientes se utilizó Gastrectomía subtotal con reconstrucción en Billroth II, omentectomía y omega de Brown(41.66%) En 2 pacientes se realizó yeyunostomía unicamente con toma de biopsia gástrica

y hepática. En 2 pacientes se realizó Gastrostomía (16.66% para ambos). En un paciente esofagogastrectomía con reconstrucción esofagogástrica con técnica de Sweet y en 1 paciente Gastrectomía total radical, que incluyó esplenectomía y resección de ganglios, 8.33% para los últimos 2 pacientes, también en 1 paciente se utilizó una Gastroyeyunoanastomosis.

Cuadro 11.5

PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS UTILIZADOS	
Gastrectomia Subtotal con reconstrucción Billroth II5 pacientes41.66%
Yeyunostomía con toma de biopsias 2 pacientes16.66%
Gastrostomía2 pacientes16.66%
Gastroyeyunoanastomosis 1 paciente 8.33%
Esofagogastrectomía con Técnica de Sweet1 paciente 8.33%
Gastrectomía Total Radical1 paciente 8.33%

III. RESULTADOS

III . RESULTADOS

Los resultados postoperatorios en 7 pacientes (58.33%) se encontró que además de la tumoración había diseminación metastásica y ésta principalmente al hígado, en 4 pacientes y los restantes 3 pacientes se les encontró metástasis a ganglios linfáticos y por contigüidad. En 5 pacientes se encontró la tumoración y sólo invasión por contigüidad en 2 pacientes y los otros 3 pacientes sólo la tumoración sin evidencia macroscópica de metástasis.

Cuadro III.1

HALLAZGOS TRANSOPERATORIOS DE METASTASIS	
*DISEMINACION METASTASICA.....	7 pacientes 58.33%
-Hepáticas.....	4 pac.
-Linfáticas y por contigüidad.....	3 pac.
*TUMOR E INVASION POR CONTIGUIDAD.....	2 pacientes 16.66%
*TUMOR SIN EVIDENCIA DE METASTASIS.	3 pacientes 24.99%

La localización del carcinoma evidenciado durante la cirugía reveló que en 7 pacientes se localizó en el antro y píloro (58.33%), en 3 pacientes en el fondo y en la unión esofagogástrica (24.99%), y en 2 pacientes (16.66%), se encontró diseminado a todo el estómago.

Cuadro III.2

LOCALIZACION TRANSOPERATORIA DEL CARCINOMA	
ANTRO Y PILORO.	7 pacientes. 58.33%
FONDO Y UNION ESOFAGOGASTRICA	3 pacientes. 24.99%
DISEMINACION A TODO ESTOMAGO.	2 pacientes. 16.66%

Dentro de los diagnósticos histopatológicos el que predominó en esta serie fué el adenocarcinoma en un 91.66% que corresponde a 11 pacientes y un paciente fué etiquetado como linfoma ulcerado. Correspondiendo del total de los adenocarcinomas un 41.66% a los poco diferenciados (5 paciente). Un 33.33% a los

moderadamente diferenciados (4 pacientes) y en 2 pacientes (16.66%) a los bien diferenciados.

Cuadro III.3

DIAGNOSTICO HISTOPATOLOGICO	
ADENOCARCINOMA	11 pacientes 91.66%
DIFERENCIACION	
* poco	5 pac 41.66%
* moderado	4 pac 33.33%
* bien	2 pac 16.66%
INFILTRADO ULTERADO	1 paciente 8.37%

Respecto a las complicaciones podemos mencionarlas como tempranas y tardías. En 11 pacientes (91.66%) no hubo complicación temprana de ningún tipo con recuperación de los pacientes en éste periodo postoperatorio. 1 paciente (8.33%) presentó mala evolución y falleció por desequilibrio hidroelectrolítico secundario a lo avanzado de la enfermedad. También se encontró que la complicación tardía más frecuente fué el desequilibrio hidroelectrolítico en 4 pacientes (33.33%) y en uno de agregó oclusión intestinal (8.33%) por metástasis a los 3 meses del postoperatorio. En 7 pacientes (58.33%) no hubo complicación tardía, tomado en cuenta su seguimiento en los primeros meses después de la intervención.

Cuadro III.4

COMPLICACIONES	
TEMPRANAS	
Con complicación	1 paciente 8.33%
Sin complicación	11 pacientes 91.66%
TARDIAS	
Con complicación	5 pacientes 41.66%
Sin complicación	7 pacientes 58.33%

Cuadro III.5

TIPOS DE COMPLICACION		
TEMPRANAS		
Desequilibrio hidroelectrolítico.....	1 paciente	8.33%
TARDIAS		
Desequilibrio hidroelectrolítico.....	3 pacientes	24.99%
Oclusión intestinal por metástasis.....	1 paciente	8.33%

El tipo de egrésu en un 91.66%, 1 pacientes, fué por mejoría y en 1 fué por defunción (8.33%), a los 42 días del postoperatorio secundario a desequilibrio hidroelectrolítico.

El beneficio obtenido en la mayoría de los pacientes fué mejorar su alimentación y la disminución de los síntomas pépticos y como resultado en un 74.99% hubo recuperación del estado general en el postoperatorio inmediato y tardío.

El mejor pronóstico fué en los pacientes con adenocarcinoma bien diferenciado y en los moderadamente diferenciados además de mejor calidad de vida, actualmente el paciente con mejor sobrevida tiene ya 22 meses de postoperatorio sin manifestaciones físicas de actividad tumoral.

Cuadro III.6

S O B R E V I D A		
PACIENTES VIVOS		
Nº de paciente	Fecha de operación	Sobrovida en meses
Paciente 1.	Febrero 88.	22 meses
Paciente 2.	Marzo 88.	21 meses
Paciente 3.	Abril 88.	20 meses
Paciente 4.	Agosto 88.	16 meses
Paciente 5.	Noviembre 88.	13 meses
Paciente 6.	Enero 89.	11 meses
Paciente 7.	Junio 89.	6 meses
Paciente 8.	Junio 89.	6 meses
Paciente 9.	Agosto 89.	4 meses

Cuadro III.7

S O B R E V I D A			
PACIENTES FALLECIDOS			
Paciente 10.	Abri1	88.	2 meses
Paciente 11.	Agosto	88.	10 meses
Paciente 12.	Junio	89.	4 meses

IV. CONCLUSIONES

IV . CONCLUSIONES

Del resultado del estudio podemos decir que el tratamiento quirúrgico es indispensable en el Ca gástrico, siempre y cuando el paciente esté en condiciones de soportar una cirugía y que podamos obtener algún beneficio.

Los diferentes procedimientos utilizados se realizaron en base a los hallazgos transoperatorios y en su mayoría se pudo ofrecer paliación a los pacientes sometidos y en algunos de ellos más que paliación.

Los mejores resultados se obtuvieron en pacientes en los cuales el proceso neoplásico fué detectado en forma temprana con lo que el diagnóstico temprano sigue siendo y será el inicio de la mejor terapéutica, como se ha hecho referencia en el estudio de este padecimiento, mencionado en la introducción, lo que nos ofrece un tratamiento integral de el Ca. gástrico y que es considerada como una de las neoplasias más agresivas del tubo digestivo, y que finalmente lo traducimos en una mejor calidad de vida para los pacientes que llegan a sufrir esta enfermedad.

V. BIBLIOGRAFIA

V . BIBLIOGRAFIA

- 1.- Fass J.; Schumpelick V.
Principles of radical surgery in gastric carcinoma.
Hepatogastroenterology 1989 Feb. 36(1) : pag. 13-17
- 2.- Maika S.; Chastang C. ; Houry S. ; Locaine F. ; Hugulier M.
Lymph node involvement as the only prognostic factor in curative resected gastric carcinoma.
world Journal Surgery January-Febr.; 13(1): pag.118-123 1989
- 3.- Matley PJ; Dent DM; Madden MV; Price Sk.
Gastric carcinoma in young adults
Annals Journal Surgery 1988 November; 208(5): 593-596
- 4.- Ellis FH Jr.; Gibb SP; Watkins E Jr.
Limited esophagogastrectomy for carcinoma of the cardias
Indications, technique and results.
Annals Journal Surgery 1988 September; 208(3): 354-361
- 5.- Salo JA; Saario I; Kivilaakso EO; Lompinen M.
Near-total gastrectomy for gastric cancer
American Journal of Surgery 1988 March; 155(3): 481-485
- 6.- Hennessy TP; Keeling P.
Adenocarcinoma of the esophagus and cardias
Journal Thoracic and Cardiovascular Surgery 1988 July; 94(1): 64-68
- 7.- Thiede A; Fuchs KH; Hamelman H.
Pouch and Roux-en-Y reconstruction after gastrectomy.
Archives of Surgery 1987 July; 122(7): 837-842
- 8.- Bozzetti F; Bonfanti G; Audisio RA; Doci R; Dussena G.
Prognosis of patients after palliative surgical procedures for Ca. gastric.
Surgery, Gynecology and Obstetric 1987 Febrerv; 164(2): 151-154