



79
2ej 11209
UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO
División de Estudios de Postgrado



INSTITUTO MEXICANO
DEL SEGURO SOCIAL
RESIDENCIA DE CIRUGIA GENERAL
Hospital General Regional de Especialidades
No. 12 "Lic. Benito Juárez"

CANCER GASTRICO
TRATAMIENTO QUIRURGICO

TESIS DE POSTGRADO

Presentada por

DR. CARLOS QUINTANA HERNANDEZ

En Opción al Título de

ESPECIALISTA EN CIRUGIA GENERAL

Mérida, Yucatán, México
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.

INDICE

PAG.

INTRODUCCION	8
JUSTIFICACION	10
ANTECEDENTES CIENTIFICOS	10
OBJETIVOS	17
MATERIAL Y METODO	18
RESULTADOS	19
CONCLUSIONES	27
BIBLIOGRAFIA	29

INTRODUCCION

El carcinoma gástrico puede curarse con la gastrectomía, y sólo de esta forma puede salvarse la vida del paciente. Todos los métodos no quirúrgicos de tratamiento, incluyendo el uso de Rx en profundidad y de Radium, se asocian con una mortalidad del 100%. Por otra parte la curación sólo se logra cuando la enfermedad se diagnostica tempranamente y la resección es radical. (8, 13, 18)

Como menos del 55% de los cánceres gástricos permiten una resección curativa, es evidente que es imposible mejorar la situación hasta que los pacientes sean detectados en un período mucho más temprano de la enfermedad que hasta ahora. A menos que el diagnóstico se haga en forma temprana, ninguna habilidad técnica salvará al paciente con carcinoma gástrico.

Actualmente en el Japón y en algunos países desarrollados debido a los métodos de diagnóstico masivos y agresivos empleados, se ha logrado incrementar considerablemente el número de diagnósticos en etapa temprana y por consiguiente mejorar el pronóstico de la enfermedad. Sin embargo en nuestro medio sigue siendo una enfermedad con una alta mortalidad y sobrevida pobre, dado que los pacientes acuden a consulta y son diagnosticados en etapas muy tardías.

Existen estadísticas muy amplias y confiables que apoyan las observaciones hechas de la situación que guarda la enfermedad en Japón y países desarrollados, pero en nuestro medio sólo existen escasos trabajos y en nuestra unidad sólo existe un trabajo como antecedente, en el que se enfoca más al diagnóstico, que al tratamiento y sobrevida. (5, 10, 12, 14, 16, 20, 21)

Como ya se mencionó, el cáncer gástrico es una enfermedad curable y el método más eficaz y seguro para tratarlo es mediante la cirugía, la cual ha progresado a la par con los métodos de diagnóstico. En la parte correspondiente a antecedentes científicos se realiza una revisión bibliográfica sobre el estado actual de las principales intervenciones quirúrgicas empleadas para tratar el carcinoma gástrico, y su morbimortalidad, de acuerdo al estadio en que se encuentra el paciente. Posteriormente se realiza una revisión retrospectiva de los casos de carcinoma gástrico tratados quirúrgicamente durante el período comprendido entre julio de 1985 a Diciembre de 1988 y un análisis de los resultados obtenidos finaliza el presente trabajo.

JUSTIFICACION

El cáncer gástrico es una enfermedad muy frecuente en nuestro medio. Estadísticas latinoamericanas lo ubican en el primer lugar de frecuencia de neoplasias del aparato digestivo, con una mortalidad muy elevada debido al estadio tan avanzado en que se diagnostican. (17, 21)

Dada la escasa información con que contamos acerca de la frecuencia, estadio en que se diagnostica, tratamiento quirúrgico efectuado y sobrevida, de los pacientes tratados en nuestro Hospital, se decidió emprender esta revisión. Además de que se pretende que al finalizar el trabajo pueda servir como punto de referencia para futuros estudios con la finalidad de modificar paulatinamente, en la medida de las posibilidades de nuestra unidad, el estadio en el que se diagnostica y son tratados los pacientes con carcinoma gástrico.

ANTECEDENTES CIENTIFICOS

El cáncer gástrico es un padecimiento frecuente. Ocupa el 4º lugar de los tumores malignos en general, y 2º de los tumores del aparato digestivo en estadísticas norteamericanas, y en Latinoamérica alcanza el 1er. lugar de los tumores de aparato digestivo. En E.E.U.U. se reporta una mortalidad anual del 20 a 30% de los pacientes con cáncer, y se ha visto una disminución notable en los últimos años hasta el 7.2 por 100% en varones y 4% en mujeres. Japón ha reportado hasta un 54.2% en varones y 39.4 en mujeres. (13)

La diferencia de frecuencias en cuanto a los diferentes países se ha atribuido a múltiples causas que incluyen principal-

mente la ingesta de alimentos ahumados, excesivamente calientes, diversos conservadores de alimentos, vegetales no cocidos, y alimentos salados y desecados, en los cuales se encuentra 3,4 benzopireno que es un hidrocarburo carcinogénico.

El cáncer gástrico es raro en individuos menores de 30 años, se ve más frecuentemente entre los 50 y 70 años de edad siendo la incidencia máxima en ambos sexos a los 59 años. La realización de hombre a mujer es de 2:1. (5, 8, 13, 17, 18)

Existen factores predisponentes como son: Gastritis crónica atrófica, el indicador histológico de este hecho es la existencia de metaplasia intestinal. La aclorhidria y la hipoclorhidria se asocian con una mayor mortalidad hospitalaria y baja tasa de sobrevivida. La relación de la actividad secretora del estómago con la presencia de atrofia de la mucosa gástrica y con el ulterior desarrollo de cáncer es fuerte.

El aspecto histológico en la Anemia Perniciosa es el de atrofia gástrica con metaplasia intestinal, con frecuencia aparecen pólipos gástricos; el riesgo del desarrollo de neoplasia es 10 veces mayor que la población en general. (3, 21)

Los pólipos adenomatosos gástricos tienen un alto índice de malignidad, por eso al extirpar un pólipo adenomatoso por vía endoscópica deberá ser estudiado exhaustivamente en busca de displasia epitelial e incluso de carcinoma intramucoso. (5, 8, 9, 13, 19, 21)

El antecedente de Gastrectomía subtotal por enfermedad acidopéptica eleva la posibilidad de desarrollo de neoplasia en el lado gástrico de la anastomosis. Los informes sugieren que hasta el 10% de los estómagos operados pueden desarrollar neoplasia.

La ocurrencia de úlcera péptica y después carcinoma en el mismo sitio es una circunstancia que no pasa de 1%; pero ambas entidades clínicas pueden coexistir en el mismo estómago y a veces el carcinoma ulcerado en la endoscopia semeja una lesión benigna.

El 95% de los carcinomas gástricos son adenocarcinomas.

48% de los carcinomas gástricos ocupan los segmentos piloroantral. 20% afectan la curvatura menor, 5% curvatura mayor, 5% fondo gástrico y 10% el área cardial. El 10% restante es difuso (linitis plástica). Microscópicamente las células pueden ser columnares, cúbicas o redondeadas y pueden variar considerablemente de tamaño.

El adenocarcinoma puede estar bien, mediano o poco diferenciado. El bien diferenciado es de tipo papilar o tubular y el poco diferenciado es de tipo acinar o con células en anillo de sello. El pronóstico de los pacientes con adenocarcinoma gástrico se ve influenciado por el grado de diferenciación, siendo menos agresivos mientras más diferenciados estén. (13, 18)

El carcinoma gástrico por su apariencia macroscópica se clasifica en avanzado (94%) y superficial (6%).

El avanzado de acuerdo con Borrmann tiene 4 tipos: I fungoso (36%), II úlcera sin infiltración de la mucosa circundante (25%), III úlcera con infiltración de la mucosa adyacente (25%) y IV infiltración difusa (26%).

El carcinoma superficial puede representar un carcinoma in situ o tener una difusión superficial sin fijarse a la lámina propia y se le llama carcinoma temprano. No tiene implicación de nódulos linfáticos perigástricos, un rango de edad de presentación de 26 a 74 años, sólo un 2.3 a 5.5% de presentación en menores de 30 años. En 25% existe historia de malignidad familiar y en el 59% historia de úlcera péptica recurrente. (12, 17).

La curación con tratamiento quirúrgico en este tipo de cáncer se considera del 100%. Debido al agresivo y masivo método de diagnóstico, en Occidente se ha elevado el porcentaje de diagnósticos incipientes, en U.S.A. hasta 10% y en América Latina que era de 4% en los últimos años se ha incrementado a 8%. (12, 14, 17)

A partir de 1962 la Sociedad Japonesa de Endoscopia Gastrointestinal, estableció las bases de la clasificación del carcinoma gástrico temprano, el que se limita a la mucosa, independientemente de la presencia o no de invasión ganglionar. Esta clasificación ha sido ampliamente aceptada, con la intención de

detectar un mayor número de pacientes con carcinomas tempranos a pesar de lo cual a la fecha sólo se logra en el 2 al 8% de los casos, salvo los japoneses que han logrado detección de carcinomas tempranos por arriba del 50%. La clasificación es la siguiente: Tipo I o prominente, tipo II-a o superficial elevado, tipo II-b o plano infiltrante, II-c o deprimido y III o excavado.

En 1966 el Congreso Internacional del Cáncer estableció una táctica de codificación con criterio axiológico para definir claramente la extensión del tumor y las metástasis, y consiste en el llamado TNM. En ésta la T indica penetración de la pared gástrica, T1 mucosa, T2 Submucosa, T3 serosa y T4 todas las paredes gástricas (linitis). La N indica invasión ganglionar: NO negativa, N1 invasión a ganglios adyacentes a la neoplasia, N2 invasión a ganglios distantes. La M indica metástasis: MO negativas y M1 con metástasis. Con estos datos se integran los estadios: I= T1 NO MO, Ib= T2 NO MO; Ic= T3 NO MO; EII puede ser por T4 NO, NO, y T1, 2, ó 3 con N1, MO. EIII por T 1,2,3, o 4, y N 2, MO. EIV, es por cualquier T, cualquier N pero con M positiva.

También se utiliza la clasificación japonesa para etapificar el carcinoma gástrico llamado PHYNS en el que la P indica grado de invasión del peritoneo. Po= sin invasión peritoneal. P1 invasión a estructuras supramesocólicas sin invasión del diafragma; P2 algunas metástasis por abajo del diafragma y del mesocolon transversal. P3 múltiples metástasis por arriba y abajo del mesocolon transversal. H indica grado de metástasis hematógenas hacia el hígado; Ho sin metástasis; H1 metástasis limitada a un lóbulo. H2 pequeñas Mts. a ambos lóbulos y H3 hepáticas múltiples. N indica invasión ganglionar. No negativas. N1= invasión a un grupo ganglionar. N2 a dos grupos ganglionares. N3 a tres grupos ganglionares.

S indica invasión a la serosa gástrica. So sin penetración a la serosa. S1 mínima invasión. S2 obvia invasión de la serosa, S3 invasión de la serosa y estructuras vecinas. Con estos parámetros se establece la clasificación en donde E-1 es por Po, Ho, No, So. E-2= Po, Ho, N1-2 y S1. E3= Po, Ho, N3, S2. E4= P1, 2, ó 3. H1, 2 ó 3, Na, S3. (7, 8, 13, 18)

Estas clasificaciones deben combinarse con la clasificación

macroscópica de los tumores en donde es conocido que los tumores exofíticos o superficiales tienen mejor pronóstico que aquellos de tipo infiltrativo. La clasificación del carcinoma gástrico como ayuda en la selección del tratamiento se basa en la extensión clínica de la enfermedad demostrada por exámenes clínicos y por estudios radiológicos y endoscópicos en donde las metástasis a distancia (hígado, pulmón, hueso, etc.), Mts. claviculares, toma del tabique rectovaginal (S. de Blummer), implantes periumbilicales (s. de Mary-Joseph) y ascitis son tomados como criterios de inoperabilidad. Por otro lado con el objeto de reportar resultados la clasificación se basa en la extensión de la enfermedad al tiempo de la exploración quirúrgica del abdomen y en el estudio histopatológico de los especímenes quirúrgicos resecados, o bien, en el análisis clínico en los casos con enfermedad avanzada encontrándose como datos de irresecabilidad más frecuentes: siembra peritoneal difusa, propagación directa a estructuras vecinas no resecables e invasión masiva a ganglios celiacos. En el 68% aproximadamente el diagnóstico se hace en el estadio IV de la enfermedad. En un 15.2% en estadio III y sólo en un 6.2% se encontraron en estadios I y II. (5, 7, 18, 20, 21)

Se ha comprendido y aceptado casi universalmente que el cáncer gástrico tiene un periodo inicial largo caracterizado por lesión intraepitelial y síntomas nulos o mínimos (cáncer gástrico incipiente), posteriormente, en el cáncer gástrico avanzado ha penetrado la capa muscular, la serosa, y el complejo órgano-mesenterio-mediastino está colonizado por células neoplásicas, y el cuadro clínico es por demás demostrativo. En síntesis, nuestros esfuerzos deben encaminarse a diagnóstico temprano del cáncer gástrico incipiente, ya que el cáncer gástrico avanzado es de incumbencia básicamente quirúrgica. (13, 15, 17)

En la actualidad el tratamiento quirúrgico representa la única forma eficaz para controlar el cáncer gástrico. En tumores de la región distal la gastrectomía subtotal radical logra los mejores resultados. Clásicamente la operación significa resección del 75 al 90% del estómago unos 3 a 4 cm de la región proximal de la primera porción del duodeno, la cual se encuentra invadida hasta en un 26%. Los ganglios de la región supra y subpilórica, el epiplón gastrohepático y la mayor parte del epiplón mayor. Generalmente no es necesario resear bazo;

la restitución de la continuidad intestinal se puede hacer con una gastroyeyunoanastomosis tipo Billroth II o en Y de Roux. (6, 17, 19, 21)

Para tumores de cuerpo gástrico la resección quirúrgica es muy similar a la del caso anterior sólo que exige una resección gástrica aun más alta, pero siempre tratando de evitar la gastrectomía total que con frecuencia se hace necesaria para lograr una resección adecuada y completa del tumor. Generalmente la extirpación del cuerpo implica la extirpación del bazo para lograr una buena disección de la zona regional de drenaje linfático y en ocasiones la extirpación del epiplón mayor. (6, 17, 21)

Para tumores del fondo y cardias la gastrectomía total radical ampliada incluyendo la esplenectomía con o sin pancreatometomía distal se debe de llevar a cabo en este tipo de lesiones para algunos autores, pero para otros la gastrectomía radical proximal es la de elección para tumores del fondo y para tumores del cardias la resección de la región distal del esófago y proximal del estómago, acompañadas ambas de esplenectomía y restitución de la continuidad mediante una esofagoyeyunoanastomosis en Omega de Braum, Y de Roux, Beta de Nakayama o una esofagogastroanastomosis resectivamente. (5, 7, 17, 20, 21)

La mortalidad de los procedimientos paliativos es alta (15 a 20%), y con frecuencia su evolución es decepcionante (sobrevivida de 3 a 5 meses) y en estos procedimientos se incluye la resección dejando tumor macroscópico, en otras sólo es posible efectuar cirugía derivativa incluyendo gastroyeyunoanastomosis, gastrostomía o yeyunostomía y esto se debe decidir si el tumor no es totalmente reseccable, aunque la resección quirúrgica dejando tumor macroscópico reporta una mayor sobrevida que cualquier procedimiento derivativo. (1, 5, 6, 17, 21)

En términos generales en la actualidad de un 75 a un 80% de los pacientes con Ca gástrico se llevan a cirugía aunque el procedimiento de resección promedia entre un 45 a 50%. La morbilidad quirúrgica es mayor en la resección quirúrgica en un 30% y menor en laparotomía sola que es de un 2%, siendo las complicaciones más frecuentemente encontradas las respiratorias

en un 50% de los casos, infecciones de la herida y fuga de la anastomosis en un 11%, hemorragia y pancreatitis en el 3.7% de los casos. (5, 6, 21)

En varias series la gastrectomía subtotal de las 2/3 partes han tenido una mortalidad de un 11% y hasta de un 2.6% demostrado por japoneses; siendo en otras series la mortalidad quirúrgica de las resecciones curativas de un 3 a 5% y la resección de tipo paliativo la de más alta mortalidad con un 19% y de otros procedimientos como la laparotomía sola un 4% y se reporta sin mortalidad la gastroyeyunoanastomosis, gastrostomía y yeyunostomía. (1, 5, 6, 21). En otras series la mortalidad postoperatoria fue de hasta 25% y más elevada en la gastrectomía total con 32% en estadio III y 3% en IV llegando hasta el 50% en pacientes con pancreatectomía distal adicional y sin que esto último haya probado que mejore la sobrevida a 5 años, pero si aumentan la incidencias de complicaciones intrabdominales, como las de naturaleza séptica, aumenta el número de reoperaciones, aumenta la mortalidad y días de estancia intrahospitalaria, por que la resección como parte de la linfadenectomía radical no es un procedimiento seguro y aún se considera no bien documentado, ni recomendado. (11, 20)

Cuando se habla de un cáncer gástrico incipiente se habla de una curación de hasta un 95%, confinado sólo a la mucosa y un 85% confinado a submucosa y con un 100% de sobrevida a 5 años en jóvenes. En forma global con cirugía radical el estadio I tiene una sobrevida del 75% a 5 años. (12, 17, 20)

En general la edad, raza, modo de presentación no influyen en la sobrevida, siendo la media de la misma en los demás estadios después del diagnóstico de un 7 a 15% a 5 años, 7.6% a 7 años y 3% a 10 años. Los siguientes factores sí influyen desfavorablemente en la sobrevida: masa epigástrica con un 3.3% a 7 años, nódulos linfáticos positivos con un 4.1% a 7 años, enfermedad avanzada como estadio IV de la misma con 4% de sobrevida a 4 años y 0% a 5 años. Tumores poco diferenciados con un 6% a 5 años, tumores mayores de 10 cm con un 5% a 5 años. Pacientes mayores de 50 años con un 12% a 5 años. En lesiones de fondo, cardíacas y en donde se encuentran células de "anillo de sello" ninguno alcanza los 2 años de sobrevida al igual que los sólo explorados. (1, 11, 20, 21)

La muerte por diseminación ocurre predominantemente en el primero y segundo año después de la cirugía, identificándose la enfermedad progresiva, en un 67% de los casos, de manera intraabdominal con mayor frecuencia en hígado y peritoneo. La recurrencia de la enfermedad es en total de un 53% con mayor frecuencia en el remanente gástrico y tejidos adyacentes siendo los motivos de falla más frecuentes tumor residual, Mets. ganglionares regionales sobre bordes quirúrgicos con tumor, Mets. hematógenas e infiltración por ruta peritoneal. (1, 6, 4)

Ya se había mencionado con anterioridad que el único tratamiento con eficacia demostrado para tratar el cáncer de estómago es la cirugía con sus diferentes variantes de acuerdo a el estadio en que se encuentre, sin embargo existen otros métodos de tratamiento coadyuvantes para complementar el quirúrgico y son la Quimioterapia en donde existen muchos protocolos que están siendo estudiados y día con día surgen nuevos medicamentos que intentan permanecer como el medicamento ideal que aún no ha llegado. Los que han demostrado más eficacia son el 5-Fluorouracilo solo o combinado con Adriamicina, Mitomicina C y las Nitrosureas las que reportan respuestas terapéuticas entre 20 a 40% con una respuesta de 4 a 5 meses, y aún sin demostrar un real beneficio clínico. (3, 5, 2)

En cuanto a la radioterapia diremos que se ha considerado al cáncer gástrico como un tumor radiorresistente. Se requerirían de dosis tan altas que sigue siendo de utilidad muy limitada tanto por su poco efecto terapéutico como por la labilidad de las estructuras intraabdominales vecinas.

OBJETIVOS

- a) Conocer la frecuencia de esta patología en el HGR No. 12 "Lic. Benito Juárez" del IMSS, localización y estadio en que se encuentran.
- b) Identificar el tratamiento quirúrgico efectuado de acuerdo al estadio.

- c) Evaluar la morbilidad y mortalidad operatoria así como la sobrevida de acuerdo al estadio y tipo de tratamiento efectuado.
- d) Que el presente trabajo sirva como punto de referencia para futuros estudios sobre el tema en nuestro medio.

MATERIAL Y METODO

Para la elaboración de este trabajo se hizo inicialmente un protocolo de investigación el cual fue aprobado por la comisión de investigación del Hospital General Regional No. 12 "Lic. Benito Juárez" del IMSS. Posteriormente se procedió a la captación de los números de afiliación de los pacientes diagnosticados con cáncer gástrico, para lo que se contó con la ayuda del personal del departamento de codificación de la institución. Se registraron 137 pacientes durante el período de Julio de 1985 al 31 de Diciembre de 1988. Todos los expedientes fueron buscados en el archivo clínico y después de revisarlos se obtuvieron 61 que tenían los criterios de inclusión, los cuales son los siguientes: a) Pacientes con diagnóstico de Ca gástrico demostrado con estudio histopatológico. b) Que hayan sido intervenidos quirúrgicamente. c) Que tuvieran un seguimiento hasta su alta del servicio tratante o hasta su defunción.

Una vez detectados los expedientes se procedió al vaciamiento de datos a las hojas de recolección, y los resultados fueron los que a continuación se describen.

RESULTADOS

De los 61 pacientes estudiados 35 eran hombres y 26 mujeres, que hacen un 57.36% y 42.62% respectivamente, de edades comprendidas entre 25 y 94 años, un promedio de edad de 60 años. La media en hombres fue de 60.94 y en mujeres de 58-73 años. La relación hombre-mujer es de 1.3:1.

En cuanto al grupo sanguíneo y Rh encontramos que 52 pacientes (85.2%) fueron de O Rh+, 6 eran grupo A Rh+, que hacen un 9.8%, y 3 pacientes (4.9%) de grupo B Rh+.

La localización más frecuentemente encontrada fue en el antro: 31 pacientes (50.8%), después en el cuerpo: 16 pacientes (26.2%); 11 (18.03%) se localizaban en el fondo y cardias y 3 pacientes con linitis plástica (4.9%).

El estadio en el que más frecuentemente se diagnosticó el carcinoma gástrico fue en E-IV con 34 pacientes para un 55.73%, después el estadio III con 21 pacientes para un 34.42%, le sigue E-II con 5 pacientes (8.19) y sólo un paciente en E-I y corresponde a 1.63%.

En lo que respecta a la clasificación de Borrmann encontramos un 34.42% tipo III, 31.14% tipo I, 19.66% tipo II y 14.7% tipo IV.

El tratamiento efectuado fue con fines paliativos en 33 (54.1%), y curativo en 28 pacientes (45.9%). Las intervenciones efectuadas fueron: Laparotomía sola con toma de biopsia por tratarse de tumores irresecables en 15 pacientes (24.59%), Gastrostomía en 5 pacientes (8.19%), yeyunostomía 3 (4.9%), gastro-yeyunoanastomosis con fines derivativos en 10 (16.39%). Las resecciones curativas fueron 1 gastrectomía total (1.63%), 22 gastrectomías subtotales distales con gastro-yeyunoanastomosis que hacen un 36.05%; y 5 gastrectomías subtotales proximales con esofagogastroanastomosis y esplenectomía, que equivale al 8.19%.

La mortalidad operatoria en general fue de 5 pacientes (8,18%), de los cuales 1 fue en el transoperatorio por falla cardiaca, 3 en las primeras 24 hrs de postoperatorio por falla multiorgánica sec. a carcinomatosis, y uno después de 48 horas por dehiscencia de anastomosis y peritonitis. Todos se encontraban en E-IV.

La sobrevida es como sigue: 28 pacientes (45,90%) murieron antes de los 6 meses, con 3 pacientes con 2 meses de sobrevida, 3 pacientes se perdió su control pero se supone murieron antes de los 6 meses por sus malas condiciones y el tipo de tumor, así como el estadio, 13 pacientes (21,3%) con sobrevida a 6 meses, 5 a un año (8,19%), 3 a 2 años (4,9%) y 1 a 4 años (1,63%), 3 pacientes viven al momento del cierre de este estudio.

La calidad de vida que fue calificada subjetivamente de acuerdo principalmente a la ingesta de alimentos postoperatorios y a la reincorporación del pacientes a sus actividades normales o cuando menos que le permitan llevar una vida digna. Fue calificada como buena en 19 pacientes (31,14%), regular 11 pacientes (18,03%), y mala en 42,62% que equivale a 26 pacientes.

De los criterios de inoperabilidad, los que se encontraron más frecuentemente fueron malas condiciones generales, metástasis a hígado, ganglio supraclavicular y toma del tabique rectovaginal. Y los de irreseccabilidad que más se encontraron fueron por invasión del tumor a órganos vecinos como hígado, páncreas y múltiples implantes ganglionares y peritoneales.

Tabla Núm. 1
INCIDENCIA POR EDAD Y SEXO

EDAD	MASCULINO	FEMENINO
20-29	0	1
30-39	5	4
40-49	1	2
50-59	7	0
60-69	13	13
70-79	8	5
80-89	0	1
90-99	1	0
TOTAL	35	26

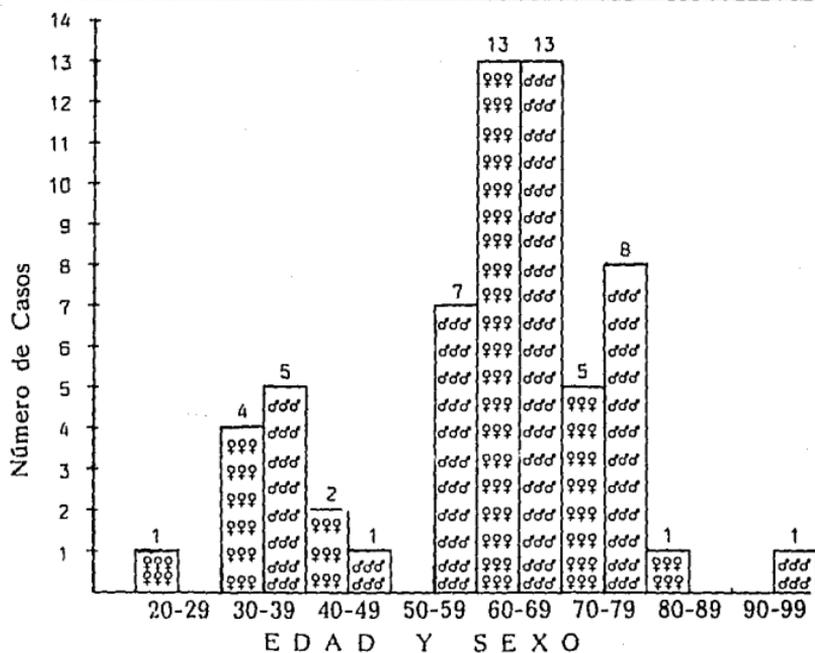
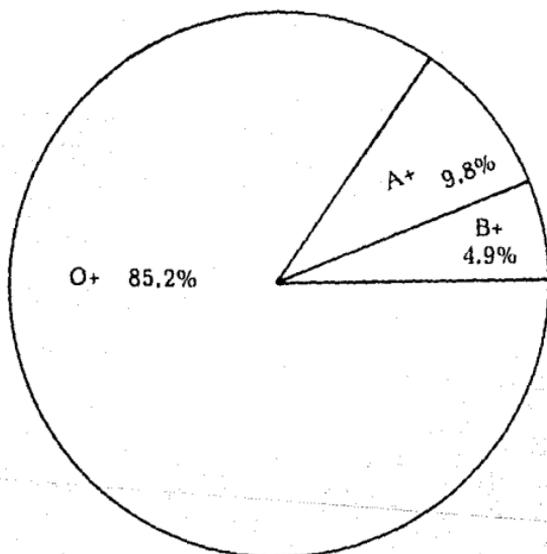


Tabla Núm. 2
GRUPO SANGUINEO Y RH
Frecuencia en Ca Gástrico

RH	NUM. DE PACIENTES	%
O+	52	85.2
A+	6	9.8
B+	3	4.9
TOTAL		61
		99.9



FRECUENCIA DEL GRUPO SANGUINEO
EN CANCER DE ESTOMAGO

Tabla Núm. 3
LOCALIZACION DE CANCER GASTRICO

LOCALIZACION	NUM. PACIENTES	%
Antro	31	50.8
Cuerpo	16	26.2
Fondo y Cardias	11	18.03
Linitis	3	4.9
TOTAL	61	99.93

LOCALIZACION DEL CANCER GASTRICO

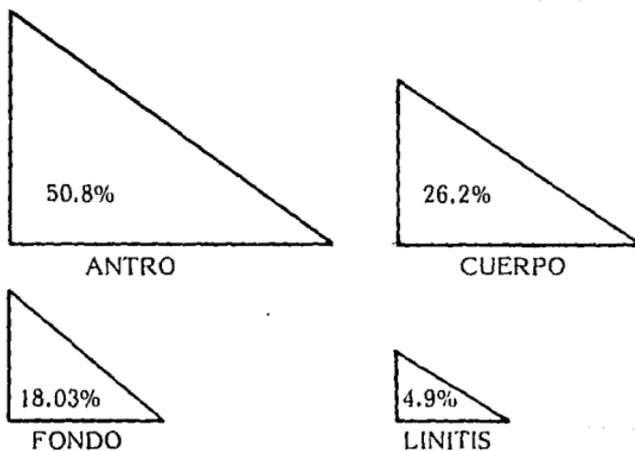


Tabla Núm. 4
CANCER GASTRICO
 Estadío al Momento del Diagnóstico

ESTADIO	NUM. DE PACIENTES	%
I	1	1.63
II	5	8.19
III	21	34.42
IV	34	55.73
TOTAL	61	99.97

Tabla Núm. 5
 DISTRIBUCION DE PACIENTES DE ACUERDO
 A LA CLASIFICACION DE BORRMMAN

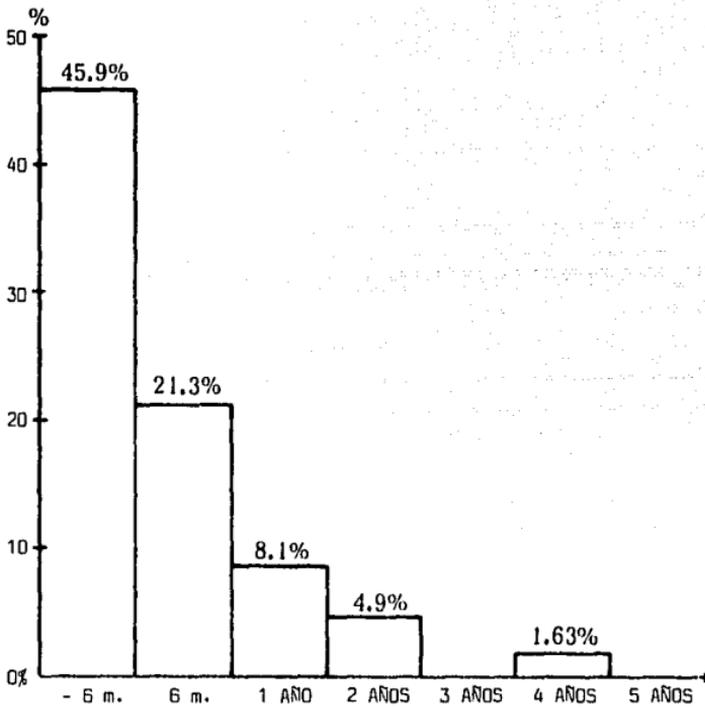
TIPO	%
I	31.14
II	19.66
III	34.42
IV	14.7

Tabla Núm. 6
 CANCER GASTRICO
 TRATAMIENTO

	PALIATIVO 54.1%		CURATIVO 45.9%	
	%	No. Pac.	%	No. Pac.
Laparotomía + Biopsia	24.5	15		
Gastrostomía	8.1	5		
Yeyunostomía	4.9	3		
Gastro-Yeyuno- anastomosis	16.3	10		
Gastrectomía Subtotal Distal			36.5	22
Gastrectomía Subtotal Proximal			8.19	5
Gastrectomía Total			1.63	1

Tabla Núm. 7
 CANCER GASTRICO
 SOBREVIDA

TIEMPO	NUM. PACIENTES	%
- 6 meses	28	45.90
6 meses	13	21.3
1 año	5	8.19
2 años	3	4.9
3 años	0	0
4 años	1	1.63
5 años	0	0



**CANCER GASTRICO
SOBREVIDA**

CONCLUSIONES

Después de analizar los resultados obtenidos se llegó a las siguientes conclusiones: El grupo de pacientes estudiados tiene una edad de mayor incidencia acorde con las estadísticas conocidas, con predominio a los 62 años; por lo que respecta al sexo la incidencia también es mayor en el masculino, pero con una proporción menor que la reportada en otras series (1.3:1). En cuanto al grupo sanguíneo y Rh no se encontró el predominio en el A+ como se menciona en la literatura.

La localización encontrada es también dentro de lo esperado con mayor incidencia en antro y piloro, después en cuerpo, cardias y linitis al final con incidencia ésta última del doble de acuerdo a lo reportado. (5, 21, 22)

El estadio en que se diagnosticaron es en su mayoría el de peor pronóstico (E-IV), con más de la mitad de los pacientes, y los estadios más tempranos son los que menos se diagnostican. Es por eso que los procedimientos que se efectúan con mayor frecuencia son los paliativos, con un 54.1%, y dentro de ellos la laparotomía sola + biopsia de la tumoración por la magnitud del tumor mismo, y el procedimiento que otros autores reportan como el más acertado para el tratamiento de estos tumores (gastrectomía total) es el que menos frecuentemente se realiza en nuestro medio.

Sólo 5 pacientes fallecieron en el postoperatorio o transoperatorio, con una mortalidad esperada para el tipo de pacientes tratados, y las causas se atribuyeron en 4 a problemas inherentes a la carcinomatosis y otras patologías agregadas como cardiopatía, y sólo una es atribuible a falla técnica o complicación quirúrgica postoperatoria. Todos los pacientes se encontraban en E-IV por lo que consideramos que la mortalidad obtenida es aceptable.

Las sobrevidas alcanzadas fueron de acuerdo a los estadios clínicos en que se encontraba la enfermedad al momento de la

intervención, pero si es necesario señalar que en nuestro medio los pacientes se diagnostican muy tardíamente, de donde se deriva la sobrevida tan pobre que alcanzan nuestros pacientes.

El carcinoma gástrico ocupa en nuestro medio un lugar muy importante por su alta frecuencia y mortalidad elevada, y cuyas estadísticas se podrán modificar solamente cuando tengamos una población más educada y se establezcan programas de detección masiva a la manera de los Japoneses, cuando menos a la población de alto riesgo. Esto último es lo más factible de acuerdo a nuestro medio y condiciones económicas existentes, pero requiere de un esfuerzo importante por parte del sistema de salud para establecer protocolos de estudio bien orientados que nos permitan detectar a los pacientes en etapas más tempranas con lo que mejoraría notablemente la sobrevida de los pacientes.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Armstrong C.P., Dent D.M. Factors influencing for prognosis in carcinoma of the stomach. *Surgery, Gynecologist and Obst.*, April 1986. Vol. 162: 343-348.
- 2.- Benavides Benalcázar E., Torre Bravo A., Bermúdez Ruiz H.C. Cáncer en el muñón gástrico. *Rev. Gastroenterológica Mex.*, 1986; Vol 51 No. 2: 87:92.
- 3.- Borch K., Renuall H. and Lieberdger G. Gastric endocrine Cell Hiperplasia and Carcinoid tumors in Pernicious Anemia. *Gastroenterology* 1985; 88: 638-48.
- 4.- Clark C., Fresini A. and Gledhill T., Cancer Following Gastric Surgery. *Br. J. Surg.* 1985. Vol. 72, August. 591-594.
- 5.- Cortés González R., Juárez de la Cruz F. y Campuzano F.M. "Neoplasias gástricas". *Rev Gastroenterol. Mex.* 1984; 49:169-178.
- 6.- Diggory R.T., Cuschieri A. R2/3 Gastrectomy for gastric carcinoma of the Stomach. *Surgery Gyn, and Obstetrics*, April 1986. Vol. 162:343-48.
- 7.- Ellis F.H., Esofagogastrectomía por carcinoma. Consideraciones técnicas basadas sobre localización anatómica de la lesión. *Clin. Quir. N.A.* 1980; 2: 261-275.
- 8.- Gutiérrez Sampeiro César. Fisiología Quir. del aparato dig. Mex. DF., Ed. Manual Moderno. 1988: p 101-106.
- 9.- Longmire W.P., Gastrectomy for carcinoma of the stomach. *Surg. Gyn. and Obstetrics.*: 8421. 1947.
- 10.- Loart Jacob J.L., Interest de la gastrectomie totale pour le traitmer des cancers de l'stomach. *Chirurgie.* 101:59. 1975.
- 11.- Lundell L., Grin T., Olbe L. Pancreatic Resecction Additio-
nal to gastrectomy for gastric cáncer. *Acta Chir. Scand.* 1986, 152.

- 12.- Mori M, Sugimachi K. et al., Early gastric carcinoma in Japanese patients under 30 years of age. Br. J. Surg. 1985; vol 72 Abril. 289-291.
- 13.- Maingot Rodney, Operaciones abdominales; Ed Panamericana: 8a edición, Tomo II. 1986. 937:964.
- 14.- Murakami T.: Early cancer of the stomach. World J. Surg. 3: 685, 1979.
- 15.- Netter Frank H. Colección CIBA de ilustraciones médicas. tomo III/I. Sistema digestivo conducto sup. Ed. Salvat. 1985. 180-185.
- 16.- Ovaska J., Tapani V. and Kujari H. Retrospective analysis of gastric stump carcinoma patients treated during 1946--1981. Acta Chir. Scand. 1986; 152: 199-204.
- 17.- Romero Torres R. Tratado de cirugía. Interamericana Mex 1985. vol 2 p. 1431-1449.
- 18.- Ruy Pérez Tamayo. Introducción a la patología Mex.: Imprenta madero, S.A. Méx. D.F., 1976: 356-360.
- 19.- Scott W., et al. Results of an agresive surgical approach to gastric carcinoma during a 23 years period. Sur. 1985; Vol 97. Enero: 55-59.
- 20.- Sjostedt S., Piper R.: Gastric Cancer. Acta Chir. Scand. Suppl. 1986. 530: 25-29.
- 21.- Verduzco R.L., et al. Adenocarcinoma gástrico, Análisis de 177 casos vistos en el INNSZ en los últimos 5 años. Rev Inv. Clin. de Mex. 1982; 34: 145-150.
- 22.- Sauri Ic L.F., Cuevas Melken J.: Cáncer gástrico manejo y sobrevida. Tesis en opción al título de Especialista en Cirugía General. IMSS. Méx. 1988.