

11209
59
2ij

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION

I.S.S.S.T.E.

HOSPITAL REGIONAL " LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS "

" PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS PARA EL MANEJO DEL CARCINOMA
GASTRICO EFECTUADOS EN EL HOSPITAL REGIONAL " LIC. ADOLFO
LOPEZ MATEOS ".

TRABAJO DE INVESTIGACION QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA EN LA
ESPECIALIDAD DE CIRUGIA GENERAL PRESENTA EL

DR. MARTIN MENDOZA HERNANDEZ

DR. JORGE ROBLES ALARCON
COORDINADOR DE CAPACITACION,
DESARROLLO E INVESTIGACION

[Signature]
DR. JOSE LUIS ARAYA ROCHA
P.A. PROFESOR TITULAR DE LA ESPECIALIDAD

SUBDIRECCION GENERAL MEDICA

MEXICO D.F. NOVIEMBRE DE 1990

90

FALLA DE ORIGEN

DEPARTAMENTO DE INVESTIGACION



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:

	PAGINA
RESUMEN	1
INTRODUCCION	2
MATERIAL Y METODOS	4
RESULTADOS	5
CONCLUSIONES	6
BIBLIOGRAFIA	7

RESUMEN:

Durante un periodo de 1988 a 1990, se operaron 18 pacientes con cáncer gástrico en el Hospital Regional " Lic. Adolfo López Mateos " del ISSSTE , en la ciudad de México. La distribución por sexos fué 50 % hombres y 50 % mujeres, igualmente el estadio al momento de la cirugía fueron estadio III y IV. La cirugía realizada en los 18 pacientes fué paliativa en 83.3% y se efectuó solo laparotomía en 16.6 %.

El diagnóstico fué hecho por endoscopia en 83.3 % de los casos, por SEG D en 11.1 % y en un paciente el diagnóstico fué realizado por laparotomía 5.5 %.

Por estudio histopatológico todos los pacientes presentaron adenocarcinoma del estómago.

Palabras claves: Cáncer gástrico, cirugía:paliativa, curativa.

SUMMARY:

During a period beginning in 1988 and ending 1990, 18 patients with gastric cancer were operated on the Regional Hospital " Lic. Adolfo López Mateos " from ISSSTE, México city. By sex, distribution were 50 % males and 50 % females, likewise, the stage at moment of the surgery were stage III and IV. The surgery performed on 18 patients were palliative in 83.3 % and only laparotomy in 16.6 %.

Diagnostic was made for endoscopy in 83.3% by SEG D in 11.1 % and a patient was made a laparotomy for the diagnosis(5.5 %).

By histopatologic study all the patients have a adenocarcinoma of the stomach.

Key words: Gastric cancer, surgery:palliative, curative.

INTRODUCCION:

Desde el principio del siglo hasta la segunda guerra mundial el carcinoma del estómago había sido la principal causa de muerte por cáncer en Estados Unidos de Norteamérica.(1,2,3,7),

En nuestro país, de acuerdo con estadísticas de la Secretaría de Salubridad y Asistencia(4) ocupa el primer lugar dentro del aparato digestivo y en el Hospital "20 de Noviembre", se encuentra en segundo lugar para tumores del aparato digestivo.(4).

Según algunos informes, la incidencia del carcinoma gástrico ha declinado continuamente en los últimos cinco decenios, tal declinación ha llegado a una meseta y es posible que se este invirtiendo.(3,5,7,8).

La mayor parte de pacientes en nuestro país con carcinoma gástrico se encuentran entre el quinto y octavo decenios de la vida.(4,6). Así mismo se ha visto que la relación hombre-mujer es de 2:1. (6,11,23).

En el estudio se utiliza la clasificación TNM(donde se evalúa el tamaño del tumor primario, grado de invasión a la pared gástrica, ganglios linfáticos involucrados y metástasis).(2,3,6).

Se ha mencionado que la SEGD continua siendo un estudio de radiología básico en el estudio de un paciente en el cual se sospecha cáncer gástrico, actualmente se tienen además estudios de endoscopia que son más rápidos de realizar y se puede visualizar directamente el sitio de la lesión, teniendo una exactitud de 97% con la endoscopia se pueden tomar muestras directamente de la tumoración por biopsia o cepillado.(1,5,6,7).

El único tratamiento curativo para el cáncer gástrico es el quirúrgico, la cirugía puede ser curativa o paliativa.

Se ha visto en el Instituto Nacional de Cancerología que se encontró el cáncer gástrico como inoperable en 10 a 20 % de los --

pacientes, como operable en 60 a 90 %, de los cuales la cirugía que se realizó fué reseccable "curativa" en 45%, reseccable paliativa en 20% y operaciones paliativas en 25%. (6,18,20,21).

Se llama cirugía curativa a la extirpación en bloque de toda evidencia de tejido neoplásico, estómago junto con epíplones y ganglios, la disección se puede extender hasta esófago, bazo, páncreas, cólon e hígado. (2,3,21,23).

En la cirugía del carcinoma gástrico se usan los siguientes procedimientos; gastrectomía radical, gastrectomía total, esofago-gastrectomía, resección subtotal distal, resección subtotal proximal. La cirugía paliativa puede incluir desde una gastrectomía total hasta una simple derivación intestinal. (2,3,7,20).

En el Instituto Nacional de Cancerología se ha registrado una sobrevida sin cirugía de 7 a 12 meses máximo, con cirugía resectiva no curativa sobrevida máxima de 30 meses, y cuando es curativa se logra sobrevida de 5 años.

La mortalidad postoperatoria del cáncer gástrico en cirugía radical curativa ha disminuido de 14 a 6 %, en cambio con la -- cirugía paliativa se mantienen cifras de 15 a 20 %. (7,19).

MATERIAL Y METODOS:

El estudio se realizó en el Servicio de Cirugía General del Hospital Regional " Lic. Agolfo López Mateos ", en el periodo comprendido entre Marzo de 1988 a Octubre de 1990.

Se estudiaron a 18 pacientes en quienes el diagnóstico de cáncer gástrico se realizó por los métodos convencionales (endoscopia, biopsia, SEGD.). A todos ellos se les realizó cirugía paliativa, derivativa o laparotomía y se analizó sexo, edad, sintomatología, procedimientos diagnósticos, tipo de cirugía, estadio al momento de la misma y tipo histológico del tumor.

La estadificación se realiza de acuerdo a la clasificación TNM(tumor primario, ganglios linfáticos involucrados, y metástasis).

Las cirugías realizadas se denominan como curativas, paliativas o derivativas.

RESULTADOS:

Se encontró que a los 18 pacientes se les realizó cirugía por cáncer gástrico de los cuales 9 fueron hombres y 9 mujeres (gráfica 1). Se encontró un rango de edad de 28 a 83 años con una media de 55.5 años.

Se encontraron como principales signos y síntomas los siguientes: dolor abdominal en el 100 % , pérdida de peso en 100 %, hiporexia en 88.8 %, náusea y vómito en 83.3 %, antecedente de enfermedad ácido péptica en 77.7 %. (cuadro 1).

El diagnóstico se realizó por endoscopia y biopsia en 83.3 % por SEGD en dos pacientes (11.1 %) y por laparotomía (hallazgo transoperatorio) en 1 paciente (5.5 %). (cuadro 2).

Los estadios al momento de la cirugía fueron III y IV es decir ningún paciente se detectó en estadio temprano. En un paciente el diagnóstico de ingreso fué úlcera perforada. Se determinó entonces que el 55.5 % fueron estadio IV y el 44.4 % estadio III, (TMM). (gráfica 2).

En cuanto al tipo histológico se encontró en el 100 % adenocarcinoma.

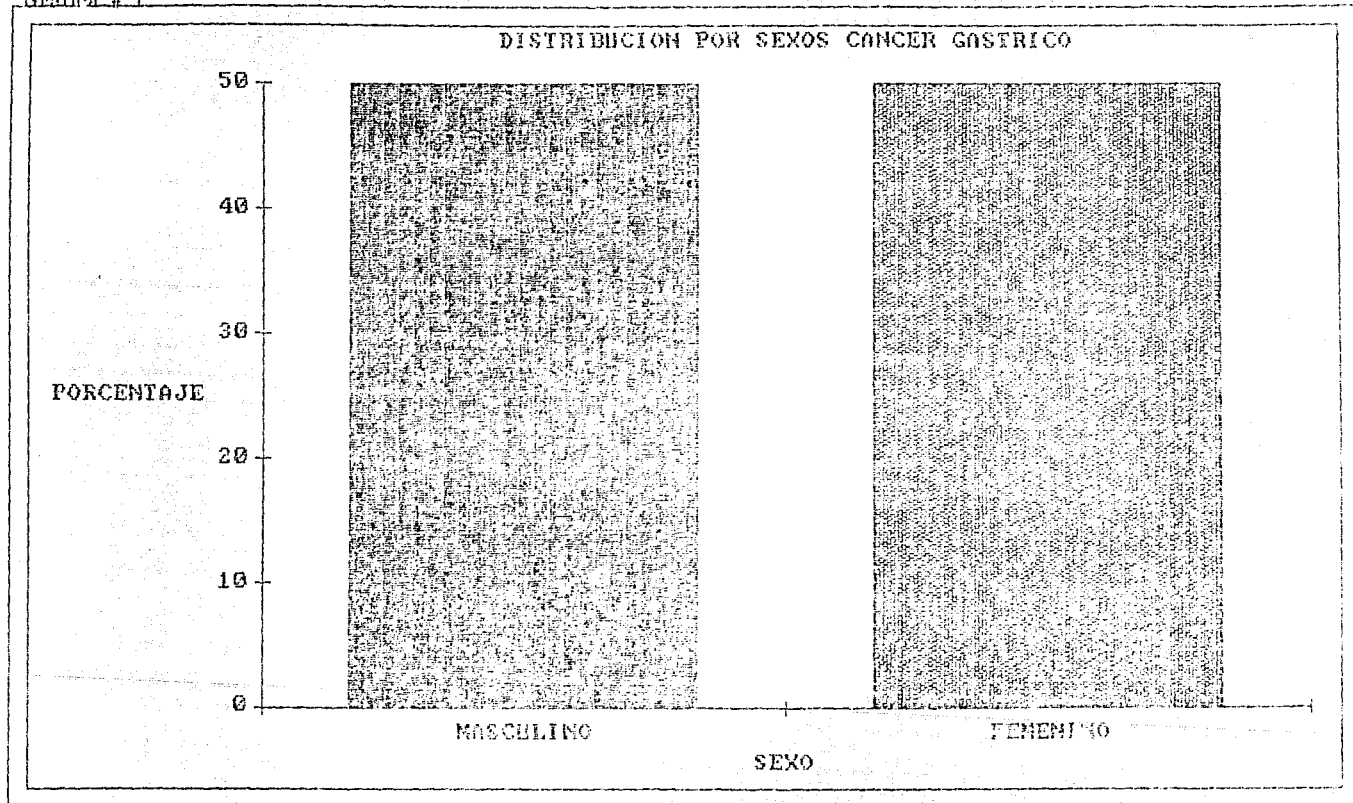
Se realizó cirugía paliativa en 15 pacientes (83.3 %), a 3 pacientes se les realizó laparotomía con toma de biopsia (16.6 %).

CONCLUSIONES:

En vista de los resultados obtenidos por el estudio nos damos cuenta de que el cáncer gástrico continua siendo un problema de salud en nuestro medio, que aún no se detecta a tiempo, a pesar de contar con adecuadas medidas para su diagnóstico.

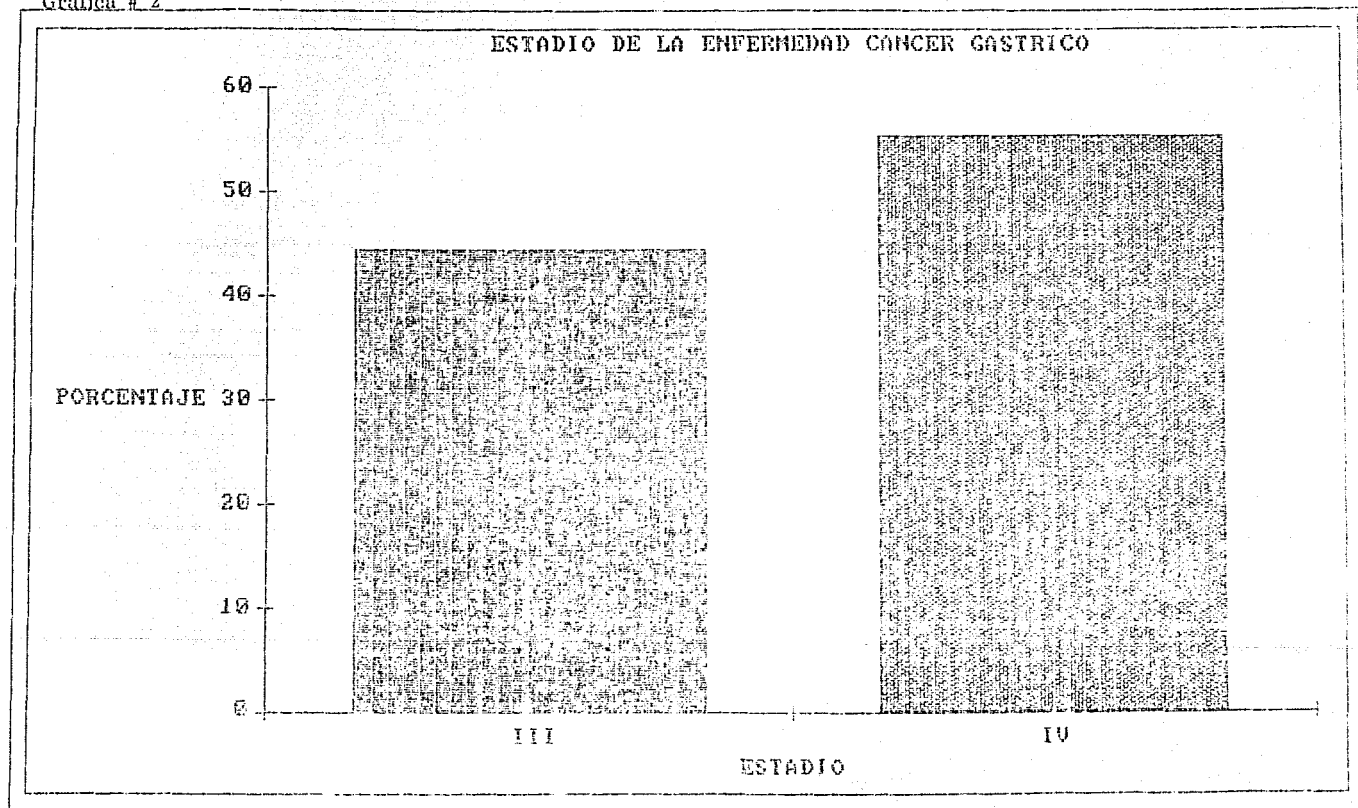
Debido a lo avanzado de la enfermedad al momento de la detección, se observó que la cirugía realizada en el Servicio de Cirugía General del Hospital Regional "Lic. Adolfo López Mateos " solo fué paliativa y en tres casos solo se realizó toma de biopsia al momento de la cirugía por lo avanzado de la enfermedad.

Gráfica # 1



Fuente: Archivo Clínico Hospital Lic. Adolfo López Mateos
I. S. S. S. T. E., 1990.

Gráfica # 2



Fuente: Archivo Clínico Hospital Lic. Adolfo López Mateos
I. S. S. S. T. E., 1990.

CUADRO No. 1

SIGNOS Y SINTOMAS MAS FRECUENTEMENTE
ENCONTRADOS

SIGNOS Y SINTOMAS	No. CASOS	%
DOLOR ABDOMINAL	18	100.0
PERDIDA DE PESO	18	100.0
HIPOREXIA	16	88.8
NAUSEA / VOMITO	15	83.3
ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD ACIDO PEPTICA	14	77.7

FUENTE: ARCHIVO CLINICO HOSPITAL LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS

I.S.S.S.T.E., 1990

CUADRO No. 2

METODOS DE DIAGNOSTICOS PARA DETECTAR CANCER GASTRICO

ESTUDIO	NUMERO DE PACIENTES	%
ENDOSCOPIA/BIOPSIA	15	83.3
SERIE ESOFAGO-GASTRO-DUODENAL	2	11.1
LAPAROTOMIA	1	5.5

FUENTE: ARCHIVO CLINICO HOSPITAL LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS
I.S.S.S.T.E., 1990

CUADRO No. 3

TIPOS DE TRATAMIENTO EMPLEADO

TRATAMIENTO	NUMERO DE PACIENTES	%
CURATIVO	0	0
PALIATIVO	15	83.3
SOLO TOMA DE BIOPSIA	3	16.6

FUENTE: ARCHIVO CLINICO HOSPITAL LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS

I.S.S.S.T.E., 1990

BIBLIOGRAFIA:

- 1.- Seymour I. Schwartz: Principios de cirugía; cuarta edición, Mc Graw Hill, cap 26, 1986.
- 2.- Seymour I. Schwartz: Operaciones abdominales; octava edición, Buenos Aires, Argentina; Editorial Médica Panamericana, 1986.
- 3.- Lloyd M. Nyhus, Robert J. Baker: El dominio de la cirugía (Mastery of surgery); Buenos Aires, Argentina; Editorial Médica -- Panamericana, 1986.
- 4.- Villalobos P. José de Jesús: Gastroenterología; segunda edición México D.F., Editor Francisco Mendez Oteo, 1982.
- 5.- Sabiston C. Davis Jr.: Tratado de patología quirúrgica; séptima edición, México D.F., Nueva editorial Interamericana, 1981.
- 6.- Gutierrez Samperio Cesar: Fisiopatología quirúrgica del aparato digestivo; México D.F., Editorial El Manual Moderno, 1988.
- 7.- Hendricks J. C.: Tumores malignos de estómago; Clínicas quirúrgicas de Norteamérica, vol 4, 703-714. 1986.
- 8.- Meyers C. Williams et. al.: Adenocarcinoma of the stomach, changing patterns over the last 4 decades; Annals of surgery, 205(1) ;1-8, 1987.
- 9.- Armstrong Christopher et. al.: Factors influencing prognosis in carcinoma of the stomach; Surgery, Gynecology and Obstetrics: 162 (1) 343-347. April 1986.
- 10.- Sandler S. Robert and Holland L. Kathy: Trends in gastric cancer sex ratio in the United States; Cancer 59(1); 1032-1035 March-1987.
- 11.- Tso L. Paul et. al.: Gastric Carcinoma in the young; Cancer 59 (1); 1362-1365 April 1987.
- 12.- Otha Hirotooshi et. al.: Early gastric carcinoma with special reference to macroscopic clasification; Cancer 60(1) 1099-1106 September, 1987.

- 13.- Tatsuta Masaharu et. al.: Early adenocarcinoma of the gastric cardia; *Oncology*; 42, 232-235. 1985.
- 14.- Fein Robert et. al.: Adenocarcinoma of the esophagus and gastroesophageal junction; *Cancer* 56(15) 2512-2518 November 1985
- 15.- De Calan Lolk et. al.: Carcinoma of the cardia and proximal third of the stomach: results of surgical treatment in 91 consecutive patients; *The Am. J. of Surg*; 155, 481-485 March 1988
- 16.- Okuyama Kazuaki et. al.: Evaluation of treatment for gastric cancer with liver metastasis; *Cancer*; 55(15), 2498-2505 May 1985
- 17.- Tanaka Fumihiko et. al.: Statistical analysis of the surgical materials of stomach cancer in Japan; *Cancer* 59(1) 1978-1982 June 1987.
- 18.- Thiede Arnulf et. al.: Pouch and Roux Y reconstruction after gastrectomy; *Arch Surg*, 122, 837-842; July 1987.
- 19.- Suchira S. et. al.: The negative effects of splenectomy on the prognosis of gastric cancer; *Am. J. of Surg.* 148(5) 645-648, November 1984.
- 20.- Scott Williams Jr. et. al.: Results of an aggressive surgical approach to gastric carcinoma during a twenty-three years period; *Surgery* 97(1) 55-59, Jan. 1985.
- 21.- Paolini A., Tosato F., Cassene M. Et. al.: Total gastrectomy in the treatment of adenocarcinoma of the cardia; review of the results in 73 resected patients; *Am J. Surg.* 151, 238-243 1986.
- 22.- T. Mitsudomi et. al.: Estudio clínico patológico del cáncer gástrico múltiple y sincrónico; *British J. Surg.* 76, 237-240 1989.
- 23.- W. H. Allen, D. J. Powell, C. Mc Coney y J. W. Fielding: Cáncer gástrico : una experiencia de 25 años; *British J. Surg.* 2(3), 207-213 1989.