



11209 61
rej.

Universidad Nacional Autónoma de México

Instituto Mexicano del Seguro Social

CENTRO MEDICO NACIONAL DEL NOROESTE

NEOPLASIAS MALIGNAS DEL TRACTO
DIGESTIVO EN EL C.M.N.NO.

TESIS DE POSTGRADO

PARA OBTENER LA ESPECIALIDAD EN

CIRUGIA GENERAL
PRESENTA

Dr. Edmundo Mora Arenas

A S E S O R

DR. JOSE A. ZAMUDIO GONZALEZ

DRA. MA. ELENA PIÑA FLORES



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CD. OBREGON, SON.

FEBRERO-1992



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

	pág.
I.- Introducción.....	1
II.- Antecedentes científicos.....	3
III.- Material y métodos.....	15
IV.- Resultados.....	16
V.- Discusión.....	31
VI.- Conclusiones y comentarios.....	35
VII.- Referencias bibliográficas.....	37

INTRODUCCION

Los pacientes que presentan alguna enfermedad del aparato digestivo, presentan una gran variedad de sígnos y síntomas que recopilados adecuadamente nos permiten establecer conceptos sindromáticos, que ayudan en el manejo de los problemas clínicos.

La sintomatología deriva de las anormalidades que se presentan al paso de los alimentos, por cada uno de los segmentos del aparato digestivo, de la alteración de las funciones digestivas, de las modificaciones en la eliminación y absorción de nutrientes, por citar algunas.

Con el reconocimiento y agrupación de sígnos y síntomas tales como: anorexia, disfagia, náusea, vómito, dolor y distensión abdominal, tenesmo, alteraciones del tránsito intestinal, así como ictericia, palidez, pérdida de peso, hematemesis, melena, acolia, coluria, etc., se pueden integrar síndromes, o sea, un conjunto de sígnos y síntomas que habitualmente se presentan reunidos y cuya causa es diversa; así el síndrome ulceroso puede ser ocasionado por una lesión péptica, gástrica o duodenal, o también puede ser la manifestación clínica de una neoplasia gástrica ulcerada.

En este estudio determinamos la frecuencia de neoplasias malignas que afectan al aparato digestivo, así mismo determinamos en que segmento ocurre la mayor incidencia y la variedad histológica, tomando en cuenta el sexo y grupo de edad, esperando que los resultados obtenidos sirvan como punto de partida en la realización de otros estudios que nos permitan conocer cuál ha sido la evolución de cada uno de los pacientes y poder establecer índices de morbi-mortalidad para poder evaluar también cuál ha sido el resultado de nuestras acciones en el manejo de estos pacientes.

ANTECEDENTES CIENTIFICOS

Carcinoma del esófago: de entre los tumores del aparato digestivo, éste continúa siendo uno de los mas graves en cuanto a pronóstico; en el Hospital de Oncología del Centro Médico Nacional, ocupa el quinto lugar de entre los tumores del aparato gastrointestinal (1) frecuencia comparable a estadísticas nacionales y de otros países similares al nuestro.

Es mas común en hombres que en mujeres (relación de 3:1), entre la sexta y séptima décadas de la vida. Am que su etiología es desconocida, el alcoholismo, el tabaquismo y los hábitos alimenticios han sido considerados como factores predisponentes; así mismo en personas con quemaduras esofágicas por ácidos o corrosivos, antecedentes de exposición a radiaciones, acalasia y el síndrome de Plummer-Vinson. (9)

La variedad histológica mas común es el carcinoma epidermoide (85-90%), la del adenocarcinoma es del 10 al 13%. Otros tumores menos frecuentes (1.5-2%) incluyen el carcinosarcoma, pseudosarcoma, melanoma y linfoma; si se incluye el adenocarcinoma gástrico que infiltra el tercio inferior del esófago, la frecuencia de éste es mayor. (1, 28, 29)

El síntoma mas frecuente es la disfagia, la cual es

progresiva, siendo inicialmente para sólidos y posteriormente para semisólidos y líquidos. Se calcula que la disfagia no ocurre hasta que 90% de la circunferencia del esófago es involucrada por el tumor, es por eso que todos los pacientes que llegar a la consulta con síntomas ya tienen un carcinoma avanzado. (1, 9, 30). La invasión temprana a estructuras vecinas produce dolor torácico, la pérdida de peso generalmente es debida a la imposibilidad para el paso de los alimentos, además de la pérdida del apetito debido a la presencia misma del tumor. (31)

El esofagograma es el estudio esencial en el diagnóstico, al detectar las alteraciones morfológicas del esófago, así mismo es indispensable la realización de esofagoscopia con la finalidad de obtener tejido para estudio histológico, sea mediante biopsia o cepillado de la lesión, además de que permite observar directamente la lesión. (1, 17, 32)

En la actualidad, la cirugía es considerada como el mejor método de tratamiento para el cancer de esófago, sea con fines curativos o paliativos; para el carcinoma del tercio inferior se utiliza la toracotomía izquierda, para el tercio medio la toracotomía de recha, aunque cuando el esófago no esta fijo a estruc

turas mediastinales, puede efectuarse la esofagectomía sin toracotomía, efectuando la restitución de la continuidad del aparato digestivo con la interposición de colon o estómago. (1, 33, 34)

En casos no resecables se puede utilizar también la interposición de colon o estómago como procedimiento paliativo, dejando el tumor in situ, que podrá radiarse en el posoperatorio, el enfermo puede comer normalmente, con lo que mejora la calidad de vida. (1, 20, 21).

La radioterapia también puede utilizarse en el periodo preoperatorio con la finalidad de reducir de tamaño la masa tumoral, la quimioterapia es poco eficaz por sí sola, pero, asociada a la radioterapia y la cirugía mejora los resultados del tratamiento. (18, 19, 9).

Carcinoma gástrico: Hay algunas entidades clínicas que tienen estadísticamente un riesgo mayor de desarrollar carcinoma gástrico, entre ellas podemos mencionar la gastritis atrófica, la úlcera gástrica, la anemia perniciosa, los pólipos gástricos y el muñon gástrico postgastrectomía. (2, 10, 35, 36)

Las neoplasias malignas del estómago se pueden clasificar por su estirpe histológica, su apariencia macroscópica, su topografía, su estadio y su comportamiento biológico.

Histológicamente un 87.9% son adenocarcinomas y en el 12.1% restante están: carcinoma epidermoide, carcinoma linfoma, leiomiocarcinoma, rabiomiocarcinoma, plasmocitoma, etc. El adenocarcinoma puede ser bien, mediano y poco diferenciado, el bien diferenciado puede ser de tipo papilar o tubular y el poco diferenciado es de tipo acinar o con células en anillo de sello. (2, 10)

Por su apariencia macroscópica, se clasifica en avanzado (94%) y superficial (6%). El carcinoma avanzado de acuerdo con Borrmann tiene 4 tipos: I fungoso (36%), II úlcera cancer sin infiltración de la mucosa circundante (25%), III úlcera con infiltración de la mucosa adyacente (25%) y IV infiltración difusa (26%)

Por su localización se clasifican en: antropilórico, del cuerpo, del fondo y de la unión esófago-gástrica. (2, 37)

Por estadios se clasifica de dos maneras: La clasificación TNM propuesta por un comité de E.U.A. en 1970 en la que la T indica penetración de la pared gástrica, la N indica invasión ganglionar y la M indica metástasis. (2, 38). También se ha usado el sistema japonés llamado PHNS, donde la P indica grado de invasión al peritoneo, la H indica grado de metástasis hematogénas al hígado, la N indica invasión ganglionar y la S indica penetración a la serosa gástrica. (39)

La estasis gástrica es una alteración del vaciamiento que presentan todos los pacientes con carcinoma del estómago, independientemente del tamaño de la neoplasia y sin que exista necesariamente obstrucción mecánica pilórica, y es que la infiltración neoplásica vuelve rígidas las paredes del estómago, así como también, ocasiona fijación del órgano a las estructuras anatómicas adyacentes. (2, 10)

Clinicamente los pacientes presentan el síndrome de gastroparesia, el cual se integra por: náuseas, vómitos, anorexia, eructos, dolor en epigastrio, sensación de saciedad posprandial temprana y prolongada e

intolerancia a los alimentos, disminución de peso y lo que es importante, todavía a la fecha hay tumora-
ción palpable en epigastrio. (40)

La curación del carcinoma gástrico esta en función de su resección quirúrgica oportuna y depende principalmente de que se logre hacer el diagnóstico en fases iniciales. Podría llamarse cirugía curativa a la que extirpa en bloque toda evidencia del tejido neoplasico por medio de gastrectomía subtotal o total, junto con los epiplones y los ganglios; la resección radical puede extenderse a los órganos adyacentes. En la cirugía del carcinoma gástrico se usan los siguientes procedimientos: resección subtotal distal, resección subtotal proximal, gastrectomía total y esófago-gastrectomía. La utilidad de las operaciones radicales esta en cuidar que los márgenes de las zonas de resección proximal y distal no sean menores de 6 cm., para ello se hace el control transoperatorio mediante estudio histopatológico de los ganglios y de los bordes de resección. (2, 41, 42)

Mediante el uso de nutrición parenteral total (NPT) en el periodo pre y posoperatorio se disminuye la morbilidad y se prolonga la supervivencia de los pacientes operados. (43)

Neoplasias hepáticas: las neoplasias hepáticas son mas frecuentes en el sexo masculino, en proporción de 4-6 a 1 y aparecen con mas frecuencia entre los 40 y 60 años. (5, 14)

El carcinoma primario del hígado constituye de 2 a 3% del total de tumores malignos del aparato digestivo comparativamente en Africa y el Lejano Oriente representan hasta 40%. En cambio las neoplasias secundarias son mas frecuentes en el mundo occidental, especialmente las metástasis del carcinoma colorrectal. (5)

Los factores aceptados como predisponentes son el virus de la hepatitis y la contaminación de alimentos por el hongo *Aspergillus Flavus* (14).

Se han definido 3 tipos según las células que predominen: a).- carcinoma de hepatocitos (hepatocelular) b).- carcinoma de conductos biliares (colangiocarcinoma) y c).- un tipo mixto de los 2 anteriores. (14)

Las neoplasias metastáticas llegan al hígado por cuatro vías: a).- circulación venosa portal, b).- difusión linfática, c).- arteria hepática y d).- invasión directa. (5, 14)

El único tratamiento definitivo es la extirpación quirúrgica, siempre que sea localizado y que no se encuentre evidencia de metástasis. (5, 14)

Carcinoma del páncreas y del área periampular: estas lesiones predominan en el sexo masculino, no habiendo predilección racial, su incidencia ha aumentado en los últimos 10 años, pero se desconoce el motivo. Se ha achacado al tabaquismo y al consumo de café ser los agentes causales, pero no se ha comprobado la relación. (4, 16)

La edad promedio de los pacientes con carcinoma de páncreas, duodeno y colédoco es de 60 años. (16)

El tipo histológico habitual es el adenocarcinoma que en 82% de los casos es de células ductales y en 13% de células acinares, se encuentra carcinoma anaplásico en 5%. (4)

El cuadro clínico está constituido por la tríada clásica de dolor, pérdida de peso e ictericia progresiva. (4)

Generalmente el tratamiento para este tipo de neoplasias es quirúrgico, el que puede ser paliativo o potencialmente curativo. (4, 16)

Los procedimientos paliativos consisten en drenaje biliar externo o interno por medio de colecisto ocoledocoyeyunostomía, o bien gastroyeyunostomía para evitar la oclusión a nivel duodenal.

El grupo de pacientes considerados potencialmente

curables con un procedimiento quirúrgico, requieren de una cuidadosa atención en el pre y posoperatorio, así como un equipo quirúrgico con adecuada preparación técnica.

La pancreatoduodenectomía es una de las intervenciones quirúrgicas más espectaculares, pero probablemente una de las más decepcionantes en cuanto a supervivencia a largo plazo. (4, 16, 27)

Cáncer colorrectal: Existen variaciones muy marcadas en cuanto a la frecuencia y mortalidad a nivel internacional, en lo que se refiere al cancer colorrectal. Su etiología es desconocida, sin embargo, se han supuesto factores dietarios, como las dietas bajas en fibras, las dietas altas en grasas y la presencia de flora bacteriana en el intestino, particularmente los anaerobios; así mismo se han supuesto algunas bases genéticas por el hecho de que el cancer colorrectal se ha asociado con pólipos adenomatosos, adenomas vellosos, las poliposis congénitas múltiples del colon, la colitis ulcerativa y el síndrome de Gardner.(3, 12)

Se ha considerado que se requieren aproximadamente de 6 a 8 años para que una neoplasia colorrectal alcance un tamaño de 60 mm (3). En cuanto a su diseminación esta puede ser: hematológica, linfática, perineural y por contigüidad, además del implante por manipuleo(12)

Existen 5 tipos morfológicos que son: adenocarcinomas mucinosos, coloides, en anillo de sello, tumores escirrosos y el carcinoma simple; se han descrito diferentes aspectos para el adenocarcinoma: 25% son de tipo fungante, 61% son ulcerativos, 7% estenosantes y 7% tienen alguna otra configuración. (3)

Para estadificar el cancer colorrectal se ha emple

ado con mayor frecuencia el sistema de Duke, el cual establece una supervivencia del 80 al 90% cuando el tumor esta limitado a la mucosa y submucosa (A), una supervivencia del 70% a 5 años cuando el tumor atraviesa la muscular, pero, respeta la serosa y los ganglios son negativos (B 1), una supervivencia del 55% a 5 años cuando el tumor llega o atraviesa la serosa o invade la grasa pericolónica, con ganglios negativos (B 2), una supervivencia del 50%, cuando el tumor respeta la serosa, pero los ganglios son positivos (C 1), y una supervivencia del 25% cuando el tumor atraviesa la serosa y los ganglios son positivos (C2) (3, 12)

Los síntomas del cáncer colorrectal dependen de algunos factores como su localización, tamaño y extensión de la lesión y de la presencia o ausencia de complicaciones, tales como la hemorragia, obstrucción o perforación. Algunos casos son detectados en pacientes asintomáticos, cuando se les hace colonoscopia o colon por enema. (3, 44, 45)

Antes de ser sometido un paciente a tratamiento quirúrgico, el cirujano debe haber determinado si el procedimiento es curativo o paliativo, para lo cual es indispensable conocer el perfil nutricional, así

como descartar la posibilidad de metástasis. Al momento de la operación se debe explorar la cavidad abdominal para determinar la extensión de la diseminación y en base a los hallazgos realizar una de las siguientes opciones quirúrgicas: a).- tratamiento local, b) resección abdominoperineal con colostomía, c).- resección extensa de Hartman, d).- resección anterior con anastomosis colorrectal, e).- resección abdominoperineal con anastomosis, f).- resección anteroposterior con anastomosis. (3, 12)

La combinación de radioterapia con el tratamiento quirúrgico estándar puede influir de manera favorable en el pronóstico de estos pacientes, puede aplicarse en el periodo preoperatorio, posoperatorio y en forma local. La quimioterapia puede mejorar la calidad de vida de los pacientes con cáncer metastásico, pero, hay pocas evidencias de que estas sustancias alquilantes o antimetabolitos prolonguen la vida. (3, 46)

MATERIAL Y METODOS

Este estudio se llevó a cabo en el departamento y archivo de Patología del C.M.N.NO. Primeramente se realizó una revisión de los libros de registro, durante un lapso de 5 años, que comprende de 1986 a 1990; se obtuvo el nombre y número de afiliación de los pacientes registrados como portadores de alguna neoplasia maligna del tracto digestivo, posteriormente se clasificaron de acuerdo al sexo, grupo de edad, segmento afectado y variedad histológica.

Finalmente se ordenó la información estadísticamente, con medidas de tendencia central, registrándose la información en hojas de captación de datos.

Para el grupo de pacientes estudiados se tomaron en consideración los siguientes criterios:

Inclusión: Ambos sexos, todas las edades, cirugía electiva o de urgencia, con o sin patología agregada, de cualquier nivel socioeconómico y que sean derechohabientes.

No inclusión: Aquellos pacientes registrados en Patología como portadores de neoplasias del tubo digestivo, pero de los cuales no se encuentra el expediente en la unidad. Pacientes no estudiados en este hospital.

Exclusión: pacientes registrados fuera del tiempo de estudio.

RESULTADOS

Se revisaron los libros de Patología, durante un lapso de 5 años, de 1986 a 1990, encontrándose que durante este periodo de tiempo se realizaron 23.442 estudios histopatológicos. De este total de estudios realizados, se identificaron 349 casos de pacientes portadores de alguna neoplasia maligna en el tracto digestivo.

De estos 349 casos; 15 casos (4.2%) correspondieron a faringe, 45 casos (12.8%) correspondieron a esófago, 97 casos (27.7%) correspondieron a estómago, 54 casos (15.4%) correspondieron a hígado, de los cuáles el 90% son de origen metastásico y el 10% de origen primario, 6 casos (1.7%) correspondieron a páncreas, de los que el 66.6% son metastásicos y el 33.3% son primarios; 4 casos (1.1%) correspondieron al ampulla de Vater; 18 casos (5.1%) correspondieron a intestino delgado, de los que el 11% son metastásicos; 49 casos (14%) correspondieron a intestino grueso, de los que el 2% fueron de origen metastásico; 23 casos (6.5%) correspondieron a recto, de los que el 4.3% son metastásicos; y 13 casos (3.7%) correspondieron a linfomas. (tabla 1 y gráfical)

La mayor incidencia de neoplasias malignas en el año de 1989, con 93 casos, siendo la menor en 1986 con 50 casos, esto es atribuible al hecho de que en los úl

timos años se diagnostican mas casos, con el advenimiento de los estudios endoscópicos. (gráfica 2)

El grupo de edad mayormente afectado fué el grupo comprendido entre los 61 y 70 años de edad, siendo el menos afectado el grupo de edad de entre 11 y 20 años, no detectandose neoplasias malignas en los grupo a 10 años y de 91 a 100 años de edad. (tabla 2 y gráfica 3).

En relación al sexo, predominó el sexo masculino con 184 casos, encontrandose 165 casos del sexo femenino, estableciendose una relación de 2.2 a 2. (tabla 4 y gráfica 5).

La relación en cuanto al sexo para faringe fué de 2 a 3, predominando el sexo femenino; para el esófago fué de 3 a 2 predominando el sexo masculino; para el estómago la relación fué de 7 a 3 predominando el sexo masculino; para el hígado la relación fué de 1 a 1.7 predominando el sexo femenino; para el intestino delgado la relación fué de 2.7 a 1.7 predominando en el sexo masculino; para el intestino grueso la relación fué de 1.2 a 1.8 predominando en el sexo femenino, para el recto la relación fué de 1.5 a 1.3 predominando el sexo masculino y para los linfomas la relación fué de 2

a 1.2 predominando el sexo masculino. (tabla 4 y gráfica 4).

La variedad histológica que predominó fué el adenocarcinoma con 228 casos, seguido de el carcinoma epidermoide con 70 casos, los linfomas se presentaron en 13 casos y en otros 38 casos se encontraron otras variedades histológicas. (tabla 5, 6 y gráfica 6).

NEOPLASIAS MALIGNAS EN EL C.M.N.NO.

FRECUENCIA POR SEGMENTO DIGESTIVO

SEGMENTO	1986	1987	1988	1989	1990	TOTAL
Faringe	2	-	4	4	5	15
Esófago	5	5	7	14	14	45
Estómago	14	18	19	21	25	97
Hígado (M)	8	6	7	16	12	49
Hígado (P)	1	2	-	1	1	5
Vesícula	5	5	7	5	6	28
Colédoco	-	-	-	-	1	1
Páncreas (M)	1	1	1	-	1	4
Páncreas (P)	1	1	-	-	-	2
Amp. Vater	1	1	-	2	-	4
Duodeno (M)	1	-	-	-	-	1
Duodeno (P)	-	-	-	1	3	4
Yeyuno	1	-	-	1	1	3
Ileon (M)	-	-	1	-	-	1
Ileon (P)	-	1	-	1	2	4
Int. Delg. (no espec.)	-	-	-	1	-	1
Apendice	1	-	1	3	-	5
C. Ascend.	1	6	3	2	2	14
C. Transv. (M)	1	-	-	-	-	1
C. Transv. (P)	-	-	-	1	-	1
C. Desc.	-	1	1	-	1	3
Colon (NE)	1	-	4	2	7	14
Sigmoides	1	-	2	8	-	11
Recto	1	4	5	9	4	23
Linfomas	4	2	3	1	3	13
Total	50	53	65	93	88	349

(M).- Metastásico.

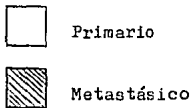
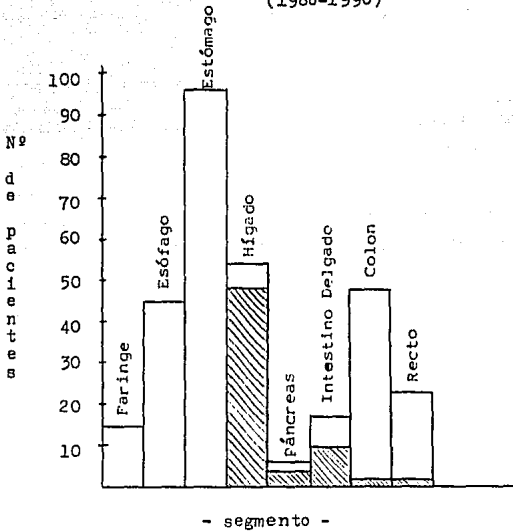
(P).- Primario.

(NE).- No especificado.

-Fuente: libros de reporte de Patología del C.M.N.NO.

Tabla N° 1.

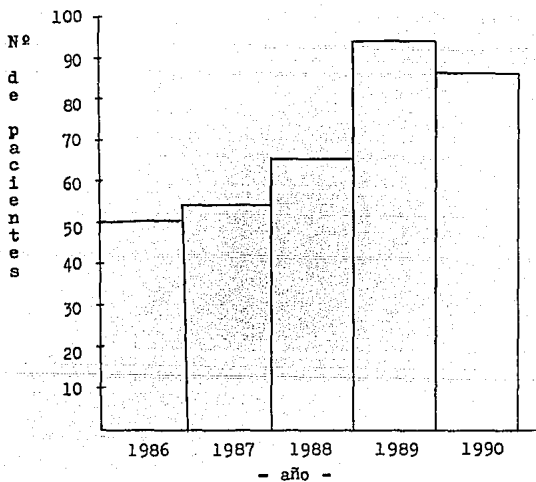
NEOPLASIAS MALIGNAS POR SEGMENTO
(1986-1990)



-Fuente: libros de Patología del C.M.N.NO.

Gráfica Nº 1.

INCIDENCIA DE NEOPLASIAS MALIGNAS POR AÑO
EN EL C.M.N.NO.
(TUBO DIGESTIVO)



-Fuente: libros de Patología del C.M.N.NO.

Gráfica Nº 2.

NEOPLASIAS MALIGNAS EN EL TUBO DIGESTIVO

EDAD	FRECUENCIA POR GRUPO DE EDAD					TOTAL
	1986	1987	1988	1989	1990	
0-10	-	-	-	-	-	-
11-20	-	-	-	3	2	5
21-30	10	6	6	4	4	30
31-40	5	7	15	11	7	45
41-50	6	11	9	16	15	57
51-60	4	7	5	21	14	51
61-70	15	11	13	16	19	74
71-80	8	8	10	14	21	61
81-90	2	2	6	5	3	18
91-100	-	-	-	-	-	-
N.E.	-	1	1	3	3	8
TOTAL	50	53	65	93	88	349

N.E.- No especificada.

-Fuente: libros de Patología del C.M.N.NO.

Tabla N° 2.

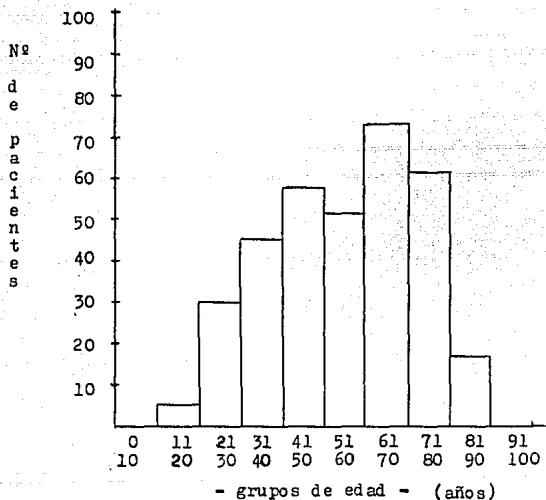
LINFOMAS

SEGMENTO	1986	1987	1988	1989	1990	TOTAL
Esófago	-	-	-	-	-	-
Estómago	2	-	1	1	1	5
Hígado	-	-	1	-	-	1
Int. Delg.	1	2	1	-	2	6
Colon	1	-	-	-	-	1
Total	4	2	3	1	3	13

-Fuente: libros de Patología del C.M.N.NO.

Tabla N° 3.

INCIDENCIA DE NEOPLASIAS MALIGNAS FOR GRUPO DE EDAD
 EN EL C.M.N.NO.
 (TUBO DIGESTIVO)



-Fuente: libros de Patología del C.M.N.NO.

Gráfica Nº. 3.

NEOPLASIAS MALIGNAS EN EL C.M.N.NO.

ORGANO	FRECUENCIA POR SEXO						RELACION M a F	TOTAL				
	1986		1987		1988				1989		1990	
	M	F	M	F	M	F			M	F	M	F
Faringe	1	1	-	-	1	3	2	2	2	3	2 a 3	15
Esófago	2	3	3	2	5	2	9	5	7	7	3 a 2	45
Estómago	14	-	9	9	12	7	13	8	17	8	7 a 3	97
Hígado (M)	5	3	2	4	6	1	5	11	5	7	1.2 a 1.4	49
Hígado (P)	-	1	2	-	-	-	-	1	1	-	1.5 a 1	5
Vesícula	-	5	-	5	2	5	2	3	-	6	1 a 6	28
Colédoco	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1
Páncreas (M)	-	1	-	-	1	-	-	-	1	-	3 a 1	4
Páncreas (P)	1	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	2
Amp. Vater	1	-	1	-	-	-	2	-	-	-	-	4
Duodeno (M)	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Duodeno (P)	-	-	-	-	-	-	1	-	2	1	3 a 1	4
Yeyuno	-	1	-	-	-	-	1	-	1	-	2 a 1	3
Ileon (M)	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	1
Ileon (P)	-	-	-	1	-	-	-	1	-	2	-	4
Int. Delg. (NE)	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1
Apéndice	-	1	-	-	-	1	1	2	-	-	1 a 4	5
C. Ascend.	1	-	2	4	1	2	-	2	-	-	1.5 a 2	14
C. Transv. (M)	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
C. Transv. (P)	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	1
C. Desc.	-	-	1	-	1	-	-	-	1	-	-	3
Colon (NE)	-	1	-	-	2	2	1	1	5	2	2 a 1.5	14
Sigmoides	-	1	-	-	2	-	4	4	-	-	1 a 1.7	11
Recto (P)	1	-	3	1	3	2	4	5	1	2	3 a 2.5	22
Recto (M)	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1
Linfomas	2	2	2	-	2	1	1	-	1	2	2 a 1	13
Total	29	21	26	27	36	29	47	46	46	42	2.2 a 2	349

(M).- Metastásico.

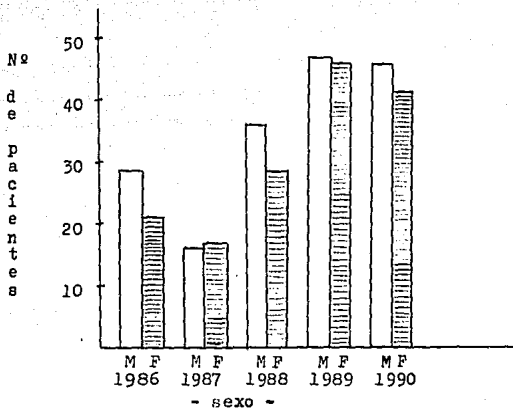
(P).- Primario.

(NE).- No especificado.

-Fuente: libros de Patología del C.M.N.NO.

Tabla N° 4.

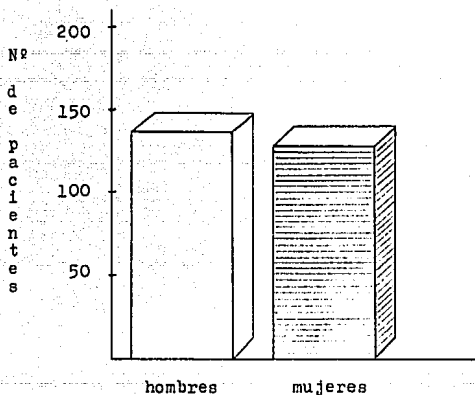
INCIDENCIA DE NEOPLASIAS MALIGNAS POR SEXO
EN EL C.M.N.NO.
(TUBO DIGESTIVO)



-Fuente: libros de Patología del C.M.N.NO.

Gráfica Nº 4.

INCIDENCIA DE NEOPLASIAS MALIGNAS POR SEXO
EN EL C.M.N.NO.
(tubo digestivo)



-Fuente: Libros de Patología del C.M.N.NO.

Gráfica Nº 5.

NEOPLASIAS MALIGNAS DEL TUBO DIGESTIVO

VARIEDAD HISTOLOGICA (1986-1990)

SEGMENTO	Aden.	BD	MD	PD	C.EP.	BD	MD	PD	Linf.	Otros
Faringe	1	-	1	-	14	2	9	1	-	-
Esófago	3	-	3	-	41	5	28	1	-	1
Estómago	86	24	33	19	5	-	1	-	5	6
Hígado (M)	34	14	12	4	3	1	1	1	-	12
Hígado (P)	-	-	-	-	-	-	-	-	1	5
Vesícula	25	6	10	2	2	1	1	-	-	1
Colédoco	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-
Páncreas (M)	4	-	1	-	-	-	-	-	-	-
Páncreas (P)	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Duodeno (M)	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-
Duodeno (P)	4	3	-	-	-	-	-	-	-	-
Yeyuno	2	1	-	1	-	-	-	-	-	1
Ileon (M)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Ileon (P)	2	1	-	-	2	-	-	-	-	-
Amp. Vater	4	2	-	-	-	-	-	-	-	-
Int. Delg.(NE)	-	-	-	-	-	-	-	-	6	1
Apendice	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5
C. Ascend.	14	7	3	-	-	-	-	-	-	-
C. Transv. (M)	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-
C. Transv. (P)	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
C. Desc.	3	1	1	-	-	-	-	-	-	-
Colon (NE)	13	3	6	1	-	-	-	-	1	1
Sigmoides	10	3	4	1	-	-	-	-	-	1
Recto (P)	18	9	3	2	2	-	1	-	-	2
Recto (M)	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Total	228	76	77	30	70	9	41	3	13	38

{M).- Metastásico.

{P).- Primario.

{NE).- No especificado.

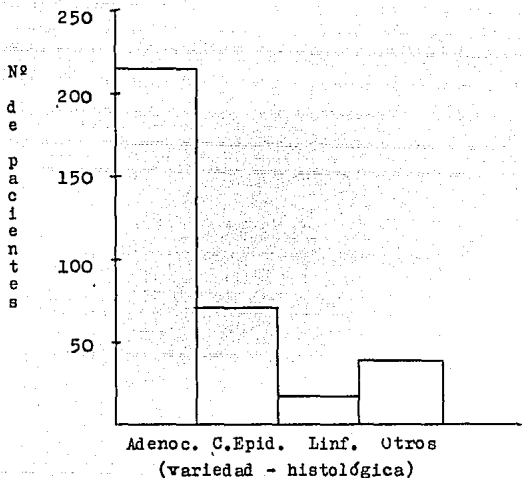
-Fuente: libros de Patología del C.M.N.NO.

Tabla Nº 5.

NEOPLASIAS MALIGNAS DEL TUBO DIGESTIVO

VARIEDAD HISTOLOGICA

(1986-1990)



-Fuente: libros de Patología del C.M.N.NO.

Gráfica Nº 6.

NEOPLASIAS MALIGNAS DEL TUBO DIGESTIVO

VARIEDAD HISTOLOGICA (1986-1990)

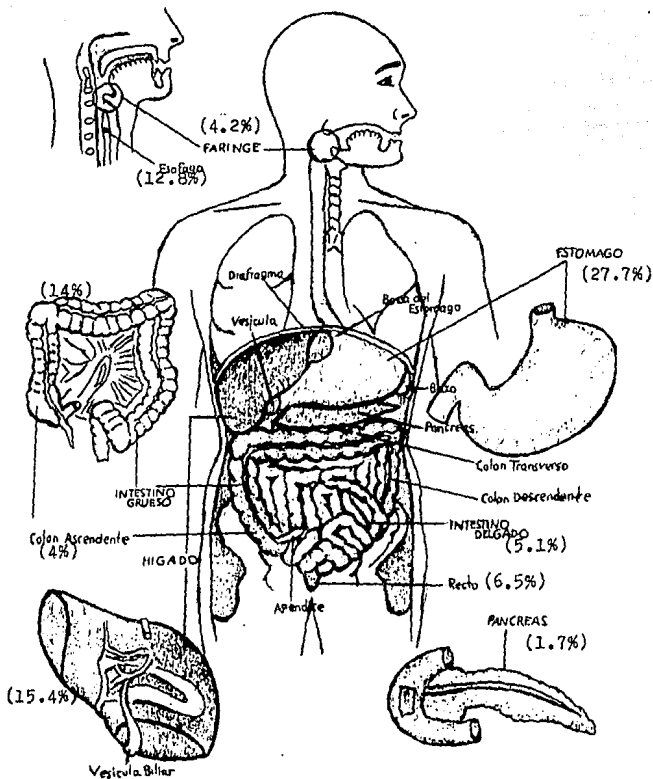
SEGMENTO	Variiedad histológica (Otros)	Nºcasos
Esófago	Leiomiomasarcoma	1
Estómago	Carcinoma no especificado	3
	Carcinoma sarcomatoso	1
	Carcinoide	1
	Linitis plástica	1
Hígado(M)	Carcinoide	1
	De células pequeñas	3
	De células claras	1
	Indiferenciado	5
	Carcinoma ductal	1
	Leiomiomasarcoma	1
Hígado(P)	Hepatocarcinoma	3
	Colangiocarcinoma	1
	Pleomórfico	1
Vesícula	Adenoacantoma	1
Páncreas (P)	Carcinoma indiferenciado	1
Yeyuno	Leiomiomasarcoma	1
Ileon (M)	Carcinoma poco diferenciado	1
Int. Delg.(NE)	Cistadenoma mucinoso	1
Apendice	Carcinoide	5
Colon (NE)	Leiomiomasarcoma	1
Sigmoidees	Carcinoma adenoescamoso	1
Recto (P)	Leiomiomasarcoma	1
	Carcinoma indiferenciado	1

(M).- Metastásico.
(P).- Primario.
(NE).- No especificado.

-Fuente: libros de Patología del C.M.N.NO.

Tabla Nº 6.

RELACION PORCENTUAL DE NEOPLASIAS MALIGNAS
DEL TUBO DIGESTIVO (1986-1990)



-Fuente: libros de Patología del C.M.N.NO.

DISCUSION

En este estudio se encontró que en el departamento de Patología del C.M.N.NO. se realizaron 23.442 estudios histopatológicos, durante un lapso de 5 años, que comprende de 1986 a 1990; correspondiendo en 1.4% (349 casos), a las neoplasias malignas que afectan al aparato digestivo, frecuencia comparable a otras estadísticas nacionales. (1, 9, 17).

El carcinoma de esófago ocupa el cuarto lugar entre los tumores del aparato gastrointestinal, siendo más común en hombres que en mujeres (relación de 3:2), predominando en su variedad histológica el carcinoma epidermoide, ya que se identificó en 41 casos de un total de 44, lo cual guarda relación con la literatura consultada, donde se refiere que ocupa el quinto lugar entre los tumores del aparato digestivo, siendo más común en hombres en una proporción de 3:1, presentándose en un 85-90% el carcinoma epidermoide. (1, 9, 28, 29). Por lo anterior podemos apreciar que aunque los resultados varían un poco, se mantiene una relación proporcional con otras estadísticas nacionales.

Se encontró que el carcinoma gástrico ocupa el primer lugar de los tumores malignos del tracto digestivo siendo más común en hombres que en mujeres, en una re-

lación de 7:3, predominando en su variedad histológica el adenocarcinoma (88.6%), presentando su mayor incidencia en la séptima década de la vida, esto concuerda con otras estadísticas nacionales, donde se reporta que el carcinoma gástrico es la primera causa de muerte entre los tumores del aparato digestivo, presentándose los adenocarcinomas en un 87.9% y afectando a individuos entre la séptima y octava décadas de la vida, predominando en el sexo masculino. (2, 10, 47).

El carcinoma hepático se identificó en 54 casos, de los cuales el 90% son de origen metastásico, afectando ligeramente mas al sexo masculino, en una relación de 1.2 a 1.4, teniendo mayor incidencia durante la séptima y octava décadas de la vida; estos datos difieren de la literatura consultada, ya que en esta se refiere que el carcinoma primario de hígado se presenta hasta en un 30% de los tumores que afectan a esta glándula, siendo mas frecuente en el sexo masculino, en proporción de 4-6 a 1 y entre los 40 y 60 años de edad. (5, 14).

De entre los tumores del páncreas y del área perianal, los datos obtenidos no varían significativamente a lo referido en la literatura, ya que se encontró que predominan en el sexo masculino en una relación de

3:1, presentándose en personas que se encuentran entre la sexta y octava décadas de la vida, predominando en su variedad histológica el adenocarcinoma. (4, 16).

Aunque solo encontramos 10 casos, estamos conscientes de que su frecuencia es mayor, pero, su diagnóstico no llega a tener confirmación histopatológica.

Para el cancer colorrectal se refieren variaciones muy marcadas en cuanto a su frecuencia y mortalidad a nivel internacional, afectando principalmente al sexo masculino. (3, 12, 47). En nuestro estudio encontramos que el cancer colorrectal ocupa el segundo lugar de presentación entre los tumores que afectan al tubo digestivo, se identificó en 72 casos (20.6%), apenas superado por el carcinoma gástrico, que se identificó en 97 casos (27.7%). Afectando mayormente al sexo femenino, en una proporción de 1.5 a 1.1, durante la quinta, sexta y séptima décadas de la vida, predominando en su variedad histológica el adenocarcinoma.

Los resultados obtenidos, en general, son acordes a lo referido en la literatura, sin embargo, cabe remarcar el hecho de que el carcinoma gástrico, esofágico y colorrectal, presentan una elevada frecuencia en su presentación, por lo que deberán implementarse programas de detección oportuna de cáncer gástrico, esofági-

co y colorrectal, ya que por su elevada incidencia empieza a ser un problema de salud pública.

CONCLUSIONES Y COMENTARIOS

Es notable un incremento en la incidencia de neoplasias malignas en el tubo digestivo en los últimos años, sobre todo por que cada vez ha sido posible detectar e diagnosticar en forma mas temprana estas neoplasias con el apoyo de métodos diagnósticos como la endoscopia.

Es mas frecuente la presentación de estas neoplasias durante la séptima, octava y quinta décadas de la vida, no presentandose estas durante la primera y décima décadas.

El segmento más afectado del tubo digestivo es el estómago; el hígado continúa presentando una incidencia elevada a expensas de neoplasias metastásicas.

La variedad histológica mas frecuente es el adenocarcinoma, seguida por el carcinoma epidermoide, lo cual coincide con lo reportado en la literatura consultada.

En este estudio se encontró una mayor incidencia de neoplasias malignas en el colon, en relación al recto, lo que varía un poco de acuerdo a lo referido en la literatura.

Consideramos que los objetivos a lograr se cubrieron ampliamente, lo que nos permite conocer mas, cuál

es la situación de las neoplasias malignas del tubo digestivo en el Centro Médico Nacional del Noroeste.

Y si el presente estudio logra ser punto de referencia en la realización de estudios subsecuentes, entonces habra logrado su principal objetivo.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Morales Zúñiga. Carcinoma del esófago. En Fisiopatología Quirúrgica del Aparato Digestivo. Gutierrez Samperio, Cesar. Ed. Manual Moderno S.A. de C.V. México, D.F. 1988. pp 81-86.
2. Torres Valadez, Fernando. Carcinoma gástrico. En Fisiopatología Quirúrgica del Aparato Digestivo. Gutierrez Samperio, Cesar. Ed. Manual Moderno, S. A. de C.V. México, D.F. 1988 pp 101-116.
3. Arrubarrena Aragón, Manuel y Del Valle Bayona, Fernando G. Cáncer colorrectal. En Fisiopatología Quirúrgica del Aparato Digestivo. Gutierrez Samperio, Cesar. Ed. Manual Moderno S.A. de C.V. México, D.F. 1988. pp 193-207.
4. Espinoza Flores, Arturo y García Carrasco, Fausto. Cáncer del páncreas. En Fisiopatología Quirúrgica del Aparato Digestivo. Gutierrez Samperio, Cesar. Ed. Manual Moderno S.A. de C.V. México, D.F. 1988. pp 324-333.
5. Espinoza Flores, Arturo. Neoplasias y resecciones hepáticas. En Fisiopatología Quirúrgica del Aparato Digestivo. Gutierrez Samperio, Cesar. Ed. Manual Moderno S.A. de C.V. México, D.F. 1988. pp- 283-292.

6. Pérez Catzin, Fernando y Gutiérrez Samperio, Cesar. Ictericia obstructiva. En fisiopatología Quirúrgica del Aparato Digestivo. Gutiérrez Samperio, Cesar. Ed. Manual Moderno S.A. de C.V. México, D.F. 1988. pp 246-256.
7. Gutiérrez Samperio, Cesar y González Angulo, Jorge. Linfoma primario del Aparato Digestivo. En Fisiopatología del Aparato Digestivo. Gutiérrez Samperio, Cesar. Ed. Manual Moderno S.A. de C. V. México, D. F. 1988. pp 231-238.
8. Schwartz, Seymour I. y Storer, Edward H. Manifestaciones de las enfermedades del tubo digestivo. En principios de Cirugía. Schwartz, Seymour, et al. Mc Graw-Hill de México S.A. de C. V. Cuarta edición. Tomo II, México, D.F. 1987 pp 1020-1062.
9. Payne, W. Spenser. y Ellis, F. Henry. Tumores malignos del esófago. En principios de Cirugía. Schwartz Seymour, et al. Mc Graw-Hill de México S.A. de C.V. Cuarta edición. Tomo II, México, D.F. pp 1092-1097.
10. Moody, Frank G. y Mc Greevy, James M. Neoplasias del estómago. En Principios de Cirugía. Schwartz Seymour, et al. Mc Graw-Hill de México S.A. de C.V. Cuarta edición. Tomo II, México, D.F. pp 1133-1136.

11. Storer, Edward H. Neoplasias malignas del intesti no delgado. En Principios de Cirugia. Schwartz, Seymour et al. Mc Graw-Hill de México, S.A. de C. V. Cuarta edición. Tomo II. México, D.F. 1987. pp 1154-1158.
12. Storer, Edward H., et al. Neoplasias de colon y recto. En Principios de Cirugia. Schwartz, Seymour et al. Mc. Graw-Hill de México, S.A. de C.V. Cuarta edición. Tomo II. México, D.F. 1987. pp 1189-1208.
13. Storer, Edward H. Tumores del apendice. En Principios de Cirugia. Schwartz, Seymour et al. Mc. Graw-Hill de México, S.A. de C.V. Cuarta edición. Tomo II. México, D.F. 1987. p-1251.
14. Schwartz, Seymour I. Tumores malignos del hfgado En Principios de Cirugia. Schwartz, Seymour et al Mc. Graw-Hill de México, S.A. de C.V. Cuarta edición. Tomo II. México, D.F. 1987. pp 1269-1276.
15. Schwartz, Seymour I. Tumores de la vesfcula biliar y sistema biliar extrahepático. En principios de Cirugia. Schwartz, Seymour et al. Mc. Graw-Hill de México, S.A. de C.V. Cuarta edición. Tomo II. México, D.F. 1987 pp 1328-1330.

16. Silen, William y Steer, Michael L. Carcinoma del páncreas y área periampular. En Principios de Cirugía. Schwartz, Seymour et al. Mc. Graw-Hill de México, S.A. de C.V. Cuarta edición. Tomo II. México, D.F. 1987 pp 1355-1366.
17. Gutierrez, S.C., Pizarro, A., Arrubarrena V.M. et al. Neoplasias del Aparato Digestivo. Revisión de 70.055 casos de material quirúrgico y necropsias. Rev. Gastroent. México 49:59, 1984.
18. Akiyama, H., Tsurumaru, M., Kawamura, T. y Ono, Y. Principles of surgical treatment for carcinoma of the esophagus. Analysis of lymph node involvement. Ann. Surg. 194:438, 1981.
19. Roberts, J.G.: Cancer of the esophagus. How tumor biology affect treatment. Br. J. Surg. 67:791, 1980
20. Akiyama, H. Tsurumaru, M. Watanabe, G. et al. Development of surgery for carcinoma of the esophagus. Am. J. Surg. 147:9, 1984.
21. Akiyama, H. Tsurumaru, M., Kawamura, T. y Ono, Y. Principles of Surgical treatment for carcinoma of the esophagus. Ann. Surg. 194:438, 1981.
22. Diehl, J.T., Herman, R.E., Cooperman, A.M. y Hoerr S.O.: Gastric carcinoma. Ann. Surg. 196:9-12, 1983
23. Morson, B.C., Sobin, L.H., Grundman, E., Johansen,

- A. y Serk Hanssen, A.: Precancerous conditions and epithelial dysplasia in the stomach. *J. Clin. Pathol.* 33:711-721. 1980.
24. Giarelli, L, Melato., Stanta, G., Bucconi, S. y Manconi, R.: Gastric resection. A cause of high frequency of gastric carcinoma. *Cancer.* 52:1113-1116. 1983.
25. Wapnick, S., Hadas, N., Purow, E. y Grosberg, J.S. Mass in the head of pancreas in cholestatic jaundice. Carcinoma or pancreatitis? *Ann. Surg.* 190: 587, 1979.
26. Gutierrez, S.C. Estudio y tratamiento de los padecimientos de vías biliares. Etiología, cuadro clínico y manejo preoperatorio. *Ciruj. Gral.* 7:37, 1984.
27. Fortner, J.G.: Regional pancreatectomy for cancer of the pancreas ampulla and other related sites. *Ann. Surg.* 199:418, 1984.
28. Webb, N. y Bussutil, A.: Adenocarcinoma of the esophagus and the esophagogastric junction. *Br. J. Surg.* 65:475, 1978.
29. Mandard, M.A., Chasle, J., y Manray, B., et al. Autopsy findings in 111 cases of esophageal cancer *Cancer* 48:335, 1981.

30. Van Andel, G.J., Dees, J. y Dijkhuis, M.C., et al
Carcinoma of the esophagus. Ann. Surg. 190:684,
1979.
31. Hubbart, S.: Palliation for esophageal carcinoma.
Ann. Thorac. Surg. 29:551, 1980.
32. Yanhin, M., Guanyi, Li., Xianzhi, G. y Wenheng,
Ch.: Detection and natural progression of early
esophageal carcinoma preliminary communication. J.
Roy. Soc. Med. 74:884, 1981.
33. Naborna, M.B. y Villalba, R.: La via transhiatal
en el tratamiento del cáncer de esófago y del car
dias. (73 casos operados desde 1972). Cir. Esp.
38:15, 1984.
34. Orringer, M.B. y Sloan, H.: Esophagectomy without
thoracotomy. J. Thorac. Cardiovasc. Surg. 76:643,
1978.
35. Sipponen, P., Kekki, M. y Siurala, M.: Atrophic
chronic gastritis and intestinal metaplasia in
gastric carcinoma. Comparison with a representati
ve population sample. Cancer. 52:1062-1068, 1983.
36. Giarelli, L., Melato, M., Stanta, G., Bucconi, S.
y Manconi, R.: Gastric resection. A cause of high
frequency of gastric carcinoma. Cancer. 52:1113 a
1116, 1983.

37. Berry, L.H., Alavi, I. y Villa, F.: Gastric carcinoma Borrrman classification. Gastrointestinal Panendoscopy. Springfield: Charles C. Thomas, 260-277, 1974.
38. Kennedy, B.J.: INM classification for stomach cancer. Cancer. 26:971-983, 1970
39. Mealtani, S., Tobe, L., Hirakawa, A., Kashiwara, S. y Kuramoto, S.: Parametric survival analysis of gastric cancer patients. Cancer. 46:2709 a 2716, 1980.
40. Shiuskanker, K., Bennett, R. y Haynie, T.: Tumor associated gastroparesia: correction with metoclopramide. Am. J. Surg. 145:221-225, 1983.
41. Buchholtz, T.W., Welch, C.E. y Malt, R.A.: Clinical correlates of resectability and survival in gastric carcinoma. Ann. Surg. 188:711-715, 1978.
42. Papachristou, D.N., Agnanti, N., D'Agostino, H. y Forther, J.G.: Histologically positive esophageal margin in the surgical treatment of gastric cancer. Am. J. Surg. 139:711-713, 1980.
43. Koyama, A.H. y Yamada, T.: Effect of postoperative total parenteral nutrition (TPN) as an adjunct to gastrectomy for advanced gastric carcinoma. Br. J. Surg. 70:267-274, 1983.

44. Winawer, S.J. y Andrews, M., et al.: Progress report on controled trial of fecal ocult blood testing for the detection of colorrectal neoplasia. *Cancer*. 45:2959, 1980.
45. Carman, M.L. y Caler, J.A., et al.: Proctosigmoidoscopy age criterial for examination in the asymptomatic patient. *Cancer* 25:286, 1975.
46. Jerkeset, T. y Dahl, O.: Radiation and surgery in inoperable rectal cancer. *Dis. Colon Rectum*. 5:298, 1980.
47. Cassab Hasfura, Guillermo., Barroso, Eduardo. Santiago Payán, Héctor. y Rendón, Jorge.: Progresos en el registro del cáncer en el Instituto Mexicano del Seguro Social. *Rev. Méd. IMSS (Méx.)*, 1986; 24:125.