

11209
99
20

INSTITUTO DE FAMILIARIDAD Y SERVICIOS SOCIALES
DE LOS TRABAJADORES AL SERVICIO DEL ESTADO

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

DEPARTAMENTO DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

FACULTAD DE MEDICINA

ANALISIS RETROSPECTIVO DE 4 AÑOS EN EL MANEJO
DEL CANCER GASTRICO Y SUS COMPLICACIONES EN
HOSPITAL REGIONAL " 1o. DE OCTUBRE "

TESIS DE POSTGRADO PARA OBTENER EL
DIPLOMA DE CIRUGIA GENERAL.

DR. MARCOS DE JESUS RODRIGUEZ MANZANERO.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



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.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES
DE LOS TRABAJADORES AL SERVICIO DEL ESTADO

HOSPITAL REGIONAL " 10 DE OCTUBRE "

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO.

DEPARTAMENTO DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION

FEBRERO 1994

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

D E D I C A T O R I A S

A MIS PADRES :

POR SU APOYO Y ESFUERZO
DURANTE MIS AÑOS DE ESTUDIO

A MI ABUELA :

POR SU CARISO Y COMPRENSION
SIEMPRE MANIFIESTA

A MIS MAESTROS:

POR LOS MOMENTOS BRINDADOS
EN MI ENSEÑANZA DE LA CIRUGIA

MI ETERNO AGRADECIMIENTO.

I N D I C E

I	TEMA	7
II	RESUMEN	8
III	SUMMARY	12
IV	INTRODUCCION	14
V	MATERIAL Y METODOS	20
VI	RESULTADOS	21
VII	COMENTARIO	27
VIII	REFERENCIAS	42

I . T E M A

MANEJO QUIRURGICO DEL CANCER GASTRICO Y SUS

COMPLICACIONES.

II.- RESUMEN

Se reportaron los hallazgos en el manejo quirúrgico y las complicaciones halladas en los pacientes operados por cáncer gástrico en el Hospital Regional "10. de Octubre" de Enero de 1990 a Diciembre de 1993.

Se estudiaron un total de 68 pacientes, todos con diagnóstico de cáncer gástrico y sometidos a manejo quirúrgico; del total de pacientes 31 de ellos fueron hombres (45.5%) y 37 mujeres (54.4%), con edades que fluctuaron de los 20 a los 90 años.

A todos los pacientes se les etapificó según la clasificación T. N. M. para neoplasia gástrica en cuatro estadios clínicos, encontrando mayor incidencia de pacientes en etapa IV de la misma, con un total de 24 pacientes que corresponde a un 35.2%.

El total de pacientes estudiados se sometió a manejo quirúrgico, con fines curativos a 40 de ellos (58.8%) del total del universo de estudio; el resto, 28 pacientes se sometieron a manejo paliativo únicamente

Debido a la gran cantidad de reconstrucciones quirúrgicas decaídas para esta clase de patología, el grupo de pacientes con el grupo quirúrgico del Hospital "El Hospital" con reconstrucción "Sigmoid" II en el total de 18 pacientes (41.1%), dicha reconstrucción se completó con técnica en "Y de Roux" en 16 casos (88.9%) y el resto se completó con "Omega de Brown"; dichas reconstrucciones se emplearon también en los pacientes sometidos a gastrectomía total.

De los pacientes manejados en forma paliativa el procedimiento que más se realizó fue el bypass mediante gastroyunostomía en 46.4% de los casos.

En el grupo de complicaciones halladas en los pacientes postoperados, encontramos 10 pacientes fistulizados (14.7%), 7 pacientes con complicaciones pleuropulmonares (10.2%) y 5 con manifestaciones cardiovasculares (7.3%), los cuales según la literatura mundial están por debajo de los índices reportados.

Del grupo de complicaciones; el correspondiente a fistulas, que fue el predominante, cuando se comparó al manejo quirúrgico empleado se detectó una

mayor incidencia en los pacientes sometidos a reconstrucción en Billroth II en 2 sujetos (10%). Observamos además que la presencia de complicaciones como tales que se presentaron en la etapa clínica de la neoplasia, así al nivel que 64 de los 40 pacientes sometidos a manejo quirúrgico se encontraban en etapa IV (38.2%).

El manejo de las complicaciones en nuestro hospital se basó tanto en el momento postquirúrgico en que se presentaron así como la edad, cirugía empleada y las condiciones generales del paciente. La presencia de fistulas se manejó en el área de hospitalización del servicio de cirugía general, recibiendo tratamiento a base de nutrición parenteral total 9 pacientes y a 8 de ellos se les asoció somatostatina análoga, con falla del cierre de la misma en 4 pacientes, los cuales tuvieron que ser reintervenidos quirúrgicamente hallando durante la misma fuga de contenido gastrointestinal en el ángulo superior de la anastomosis.

Obtuvimos una mortalidad global de (28.5%) para los 68 pacientes; de los cuales 7 correspondieron al grupo de mujeres (18.9%) y 7 para el grupo de hombres (22.5%), observando que la mayoría de ellos, 6 pacientes,

Obtuvimos una mortalidad global de 113.0% para los 22 pacientes; de los cuales 7 correspondían al grupo de mujeres (31.8%) y 7 para el grupo de hombres (31.8%), observando que la mayoría de ellos (3 pacientes) se hallaban en etapa III de T. N. M. y que habían sido sometidos a gastrectomía subtotal con reconstrucción de Billroth II, con evolución postquirúrgica e síndrome de insuficiencia respiratoria del adulto en todos, y falla triángica múltiple en 3 de ellos que fueron el motivo de fallecimiento.

PALABRAS CLAVE: CANCER GASTRICO. FISTULA. BILLROTH

II. NUTRICION PARENTERAL.

III. SUMMARY

We have reported on a four year study on the management of gastric cancer and its complications at the Hospital Regional de la Habana.

Sixty eight patients were included in this study of which 31 were male (45.5%) and 37 female (54.4%), all on an average age of 62. Patients were categorized according to TNM classification of which 24 were in stage IV (35.3%). 40 patients were curatively treated (58%).

The most employed surgical treatment was a subtotal gastrectomy and Billroth II reconstruction (41.1%), adding a "Roux Y" procedure for drainage in 16 patients (57.1%). A "Brown Omega" was performed when reconstruction was required and a gastrojejunostomy when palliation was needed (46.4%).

Fistulas were the most common complications and they occurred in 10 patients (14.7%); seven patients (10.3%) developed pleuropulmonary pathology and five (7.3%)

reconstructed with Billroth II procedure. 3 patients or 30% of all cases. Nine fistulous patients were initiated on parenteral nutrition, adding amphotericin to eight of

A second surgical procedure was necessary in four patients in whom failed fistulous obliteration occurred. Also a leak of gastrointestinal contents through the superior angle of the anastomosis was found in this patients.

Global mortality (28.5%) included 7 men (22.5%) and 7 women (18.9%). of all the deceased, six were classified on stage II and having been treated with gastrectomy and Billroth II reconstruction, evolved to respiratory distress and multiple organic failure.

KEY WORDS: GASTRIC CANCER. FISTULA.

BILROTH II. PARENTERAL NUTRITION.

IV. INTRODUCCION

Los objetivos al realizar el presente estudio, consistieron en los siguientes puntos:

1. - Conocer la incidencia del cáncer gástrico y sus complicaciones postquirúrgicas en un lapso de 4 años.

2. - Conocer el desarrollo de complicaciones y el manejo quirúrgico empleado teniendo en cuenta la edad, etapa clínica de la neoplasia así como el manejo quirúrgico que se empleó en cada una de ellas.

3. - Evaluar los procedimientos quirúrgicos realizados en nuestra unidad en cada caso específico, determinando así la eficacia de ellos.

4. - Evaluar la mortalidad de los pacientes sometidos a manejo quirúrgico por cáncer gástrico en quienes se presentaron complicaciones asociadas al procedimiento quirúrgico o ajeno a él.

Frecuentemente los pacientes sometidos a cirugía gástrica debido a neoplasia presentan algún tipo de complicación, bien sea asociada al procedimiento quirúrgico mismo o ajeno a él; se ha observado que la alta incidencia de complicaciones es debida a que en su inicio el cáncer gástrico se manifiesta como dispepsia, por lo que cuando el

paciente a que a los pocos en diagnóstico ya se da de una enfermedad avanzada (1). Si tomamos en cuenta la clasificación T.N.M. para neoplasia gástrica más del 50% de ellos están en etapa III del estadío, por lo que en ella una mortalidad reportada en 3.5% para los pacientes que son sometidos a cirugía no curativa y 2.1% para aquellos en que sí lo fue; con estos datos se ha reportado una sobre vida global a 5 años hasta de 35.7% en los pacientes en los que se realizó cirugía curativa (1, 2).

Algunos estudios reportan, con base en los datos antes mencionados, ciertos factores relacionados con la sobrevida de los pacientes con neoplasia gástrica, sin que para ellos estuviese determinado el tipo y la magnitud de la complicación, en relación a la sobrevida con la estirpe histológica de la neoplasia; con lo que los pacientes sometidos a cirugía resectiva fueron tratados en forma preoperatoria con quimioterapia (trietilen - ticofosfamida y 5 - fluorodexouridina) como adyuvante a la resección gástrica, fallando ésta; ya que no mostró ningún aumento en la sobre vida cuando se usó este tratamiento (3).

Además se reportó la efectividad de la terapia en forma previa al manejo quirúrgico de la neoplasia tendía a disminuir la mortalidad cuando se utilizaba esta terapia previa a la cirugía. Sin embargo, los estudios recientes no han logrado demostrar una beneficio en los pacientes con neoplasia, por el contrario, estos resultados indican que para el momento de la cirugía el paciente se hallaba con enfermedad extensa en base a hallazgos transoperatorios, como nódulos linfáticos positivos, necesidad de reseca esófago (parcialmente) y penetración a la serosa gástrica; estos pacientes presentaron recidivas a los 36 meses posteriores a la cirugía: reportado en 28% para la neoplasia de crecimiento lento y hasta de 51% para las de crecimiento rápido (1, 3).

Con estos resultados se llegó a la conclusión que la quimio y radioterapia no ofrecen ningún beneficio como tratamiento pre o transquirúrgico, según lo reporta Cromack (4) quien además menciona el uso de la radioterapia como causa de más complicaciones, que el tratamiento convencional de la neoplasia previo a la cirugía, este autor reporta una incidencia de complicaciones hasta de 83% cuando se usó radioterapia y de 77% cuando no se empleó este medio terapéutico, teniendo además hasta un 50% de más

seguido en los pacientes sometidos a cirugía con este tratamiento en forma secuencial.

Debido a la variedad de técnicas quirúrgicas empleadas en este padecimiento se han reportado factores relacionados al tipo de manejo empleado, asociado al estadio clínico de la neoplasia, con lo que el pronóstico se ve favorecido o no, según el tipo de cirugía empleada (tal como lo reporta Bourretti (5) en donde la mortalidad total fue de 4.7% para la laparotomía simple, 10% para la cirugía curativa y de 11.6% para la resección no curativa; con sobrevivias de 2.4 meses para los que no se efectuó tratamiento quirúrgico y hasta de 3.5 meses para la cirugía derivativa; con sobrevivias medias reportadas para la cirugía no radical de 20% a 8 meses y de 6% a 5 años. Además el tipo de cirugía ha demostrado que la localización del tumor influye en el tipo de complicación presentada, aunque existen algunas comunes para todos ellos, es decir, la neoplasia gástrica tiene como complicación frecuente el absceso subfrénico hasta de 52% en un año, 28% a 2 años y de 13% a 3 años (6), la sobrevivida reportada en la literatura mundial a 5 años es de 67% y hasta de 32.9% a 20 años para el cáncer primario de estómago.

Las complicaciones que se encuentran en este tipo de pacientes en forma frecuente y que afectan al manejo quirúrgico son en 25% las pulmonares, 16% las cardiovasculares, 23% dehiscencias de anastomosis y radiastabias, con una morbilidad operatoria de 10% a 70 días, la cual se asoció a las complicaciones antes mencionadas tanto para las pulmonares de 0 a 80%, cardiovasculares 3 a 100% y las dehiscencias de 0 a 50% (8); la morbimortalidad de los pacientes se vio afectada cuando las complicaciones se asociaron entre sí, llegando a ser de 20% cuando hubo 2 ó más, así como el tipo de cirugía realizada; con reportes de mortalidad de 8.4% para las resecciones, de las cuales 52% fueron para la proximal, 8 a 33% para la total, 10 a 23% para la subtotal y de 7 a 19% para la distal; la cual se incrementó si el tipo de cirugía fue radical debido a la realización de esplenectomía, así también la relación de complicación - mortalidad en base a edad del paciente la cual llegó a ser de 18.5% para los mayores de 70 años (9, 10). Si a todo esto, agregamos que la mayoría de los pacientes son sometidos a cirugía en etapa avanzada de la enfermedad, lo que origina emaciación con repercusión en su estado nutricional y la consecuente disminución de proteínas séricas, por lo tanto incremento en el índice de complicaciones, las cuales en su mayoría

son difíciles debido a la pobre cicatrización hasta en 80% de los casos (11); ya que en estos pacientes el manejo quirúrgico empleado es generalmente resectivo. Las complicaciones nutricionales en pacientes agravaados son más en estado general (12).

Estudios recientes hacen notar que además de las complicaciones anteriores, los pacientes en forma preoperatoria al manejo quirúrgico presentan algún tipo de síndrome postgastrectomía (13), afectando aún más su estado nutricional; una disminución en este tipo de complicación ha sido el empleo de reconstrucción en "Y de Roux", con lo cual los síndromes postgastrectomías y el estado nutricional mejoran hasta en 83% de los casos (12, 13, 14).

Algunos autores han aconsejado el empleo de nutrición parenteral total en este tipo de pacientes en forma preoperatoria esperando mejoría en el estado nutricional y por lo tanto del nivel sérico de proteínas, sin embargo, se reporta que este tipo de terapia debido al alto porcentaje de dextrosa, aminoácidos y lípidos en su composición acelera el crecimiento del tumor y sus metástasis hasta en 93% de los casos (15).

VI.- MATERIAL Y METODOS

Se revisaron un total de 38 expedientes de los registros del Hospital Regional. Los pacientes correspondientes a igual número de pacientes, en el periodo correspondiente de Enero de 1979 a Diciembre de 1980; todos los pacientes tenían diagnóstico de cáncer gástrico.

De la muestra de estudio se tomaron y registraron los siguientes datos en una hoja de recolección para los mismos común a ellos: sexo, edad, etapa clínica de la neoplasia al momento de la cirugía, manejo quirúrgico empleado, presencia, tipo y número de complicaciones por paciente, empleo de scmatostatina y/o nutrición parenteral, necesidad de reintervención quirúrgica e índices de mortalidad relacionadas a las variables anteriores.

VI. RESULTADOS.

Se reportaron los hallazgos de 4 años de la experiencia en el manejo quirúrgico del cáncer gástrico y sus complicaciones postquirúrgicas entre Enero de 1988 y Diciembre de 1991 en el Hospital Regional "10 de Octubre" del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.

El presente estudio se realizó en base a nuestras experiencias recientes en el tratamiento del cáncer gástrico y sus complicaciones postquirúrgicas, determinando los factores que contribuyen a aumentar o disminuir la morbilidad en nuestros pacientes; además de evaluar los diferentes procedimientos quirúrgicos según la evolución clínica de los pacientes.

Se estudiaron un total de 68 pacientes, de los cuales 31 fueron hombres (45.5%) y 37 mujeres (54.4%) con edades que fluctuaron de los 29 a los 92 años, con edad promedio de 62 años. Del grupo de pacientes que conformaron el universo de estudio observamos que las edades más afectadas fueron la 6a. y 7a. décadas de la vida con un

de los 15 pacientes y procedimientos a los que se refieren
TABLA 1).

A todos nuestros pacientes en el grupo de estudio se les clasificó de acuerdo a la clasificación T.M.N. en 4 etapas clínicas, de los cuales hubo 3 pacientes en etapa I (19.3%), 19 en etapa II (126.4%), 14 en etapa III (93%) y 24 pacientes en etapa IV (155.2%) (TABLA 2).

El número total de pacientes que fue de 63. Se sometieron a manejo quirúrgico: con fines curativos 40 de ellos (63.5%) y con fines paliativos 28 pacientes (44.8%). Los diversos procedimientos quirúrgicos empleados fueron: dos pacientes con Billroth I (2.9%), 28 Billroth II (44.4%), 3 yeyunostomias (4.4%), 5 gastrostomias (7.9%), 10 gastrectomias totales (14.7%), 13 bypass mediante gastroyeyunostomias (19.3%); al momento de la cirugía 7 pacientes se hallaban fuera de manejo quirúrgico (10.2%). En los pacientes que se empleó técnica Billroth II a 16 de ellos se les agregó "Y de Roux" (23.5%) y en 12 se empleó "Omega de Brown"; estas mismas

reconstrucciones se emplearon en los casos de gastrectomías totales (TABLA 3.).

En los pacientes sometidos a manejo quirúrgico en forma únicamente paliativa el manejo que se empleó en esta frecuencia fue el bypass mediante gastroeyunostomía a 40 cm. del asa fija (ligamento de Treitz) en 13 de ellos (26.1%), de estos 11 se encontraban en etapa IV de la clasificación T.N.M.

La presencia de complicaciones en nuestros pacientes se encontró de la siguiente manera: 10 pacientes fistulizados (14.7%), 3 dehiscencias (4.4%), 7 con patología pleuropulmonar catalogada como SIRPA (10.2%), 3 tromboembolia pulmonar (4.4%), 1 estenosis (1.4%), 5 complicaciones cardiovasculares (7.3%) y un paciente con otro tipo de complicaciones (1.4%).

Quando comparamos la presencia de dichas complicaciones con el manejo quirúrgico empleado, encontramos que la fistula prevalece en el grupo que se empleó técnica Billroth II con un total de 6 pacientes que corresponde al 20% del número total de pacientes complicados; la presencia de patología pleuropulmonar como

complicación asociada se observó con más frecuencia en el grupo de la séptima década de la vida y en el agudo de pacientes sometidos a bypass por medio de la gastroenterostomía YEAHLA que la presencia de dehiscencia de la línea de sutura de su gran importancia como la reflejada en la literatura mundial en donde se reportó incidencia de 0.2% a 0.3% en el bazo y 1.4% en dicho parámetro.

Observamos que la presencia de complicaciones se relaciona en forma estrecha a la etapa clínica y la edad del paciente al momento del manejo quirúrgico, bien con fines paliativos o curativos : de tal modo, que del total de pacientes estudiados 24 de ellos (35.2%) se encontraban en la etapa IV de la clasificación T.N.M. al momento de la cirugía. sin embargo, el predominio en el número de pacientes complicados apareció con mayor frecuencia en la etapa II; obteniendo así un total de 5 pacientes fistulizados (16.6%), 3 con SIRPA (10%), 1 con tromboembolia pulmonar (3.3%), 1 paciente estenosado (3.3%) y 2 con patología cardiovascular (6.6%) del total de pacientes complicados.

De los 12 pacientes con fistula, 8 de ellos se trataron en un principio por nutrición parenteral total (100%), a 2 de ellos se les asoció el manejo con nutri. de. complementaria a través de 20.0% con líquidos encubiertos para el cierre de ellas en 8 pacientes con una frecuencia de curación del 80% del total de dicha complicación. El apoyo nutricional se empleó en 29 pacientes (42.8%) con promedio de inicio 4 días preoperatorios y hasta 10 días después de la cirugía.

La necesidad de reintervenir algún paciente se basó principalmente en la falla del cierre de la fistula: ya que ninguno de ellos presentó datos de abdomen agudo, requiriendo nueva cirugía 4 pacientes; 3 de ellos por falta en el cierre de la fistula y/o falla en el descenso del gasto por la misma, el paciente restante se operó por dehiscencia de la anastomosis.

La mortalidad hallada fue de 7 pacientes en el grupo de hombres (22.5%) y 7 en el de mujeres (18.9%), para una mortalidad global de 20.5%.

Si comparamos este índice en relación al estado clínico del paciente al momento de la cirugía, encontramos un predominio en la mortalidad para la etapa II en el nivel de 2 pacientes (1.6%). En la etapa IV observamos 4 defunciones (3.2%), es decir con porcentajes menores a los reportados en la literatura mundial.

Cuando comparamos la presencia de complicaciones en los pacientes fallecidos, identificamos un predominio para el grupo con patología pulmonar, en la cual sufrimos neumonías y SIRPA, si a esto sumamos que los pacientes con tromboembolia pulmonar desarrollan algún problema de este tipo, obtenemos que el total de pacientes fallecidos por alguna de estas complicaciones es de 8 (11.7%), lo cual corresponde al tipo de patología que más defunciones ocasiona (TABLA 7).

Creemos que la presencia de complicación y muerte de los pacientes se halla en relación al tipo de cirugía empleada; en nuestro hospital el manejo quirúrgico que más se empleó fue el Billroth II, con un total de 6 pacientes fallecidos en este grupo (8.8%), con el mismo número de defunciones en el grupo de bypass (TABLA 8).

VII. COMENTARIO.

Se estudió una muestra de 61 pacientes con diagnóstico de cáncer gástrico, con rangos de edad, edades que fueron de los 35 a los 75 años, con predominio en el sexo femenino con 37 pacientes; los cuales al momento del diagnóstico se hallaban en etapas avanzadas, con un total de 24 pacientes en etapa IV (35.3%).

Un porcentaje elevado de pacientes con diagnóstico de cáncer gástrico se hallan en etapas avanzadas tal vez por la escasa sintomatología de este padecimiento en sus inicios; llegando a ser hasta de 35% de sujetos en etapa IV de la clasificación T.N.M.

La causa de ello en nuestro medio tal vez sea secundario al uso indiscriminado de medicamentos empleados en el tratamiento de la enfermedad acidopéptica, los cuales pueden llegar a enmascarar los primeros síntomas de la neoplasia gástrica.

El manejo de la neoplasia gástrica es tan variado que puede decirse que no hay uno que se indique para cada caso; ya que en nuestra experiencia y en los

equipos quirúrgicos de nuestro hospital, son dos los procedimientos empleados con mayor frecuencia, uno el Billroth II que se reconstruye en "Y de Roux" y en "Omega de Roux".

Considerando la aparición de complicaciones y la similitud en la presentación de ellas con las reportadas en la literatura mundial, tomando en cada caso edad del paciente, cirugía realizada y etapa clínica de la neoplasia al momento de esta: nuestros resultados son en menores porcentajes que los reportados en estudios similares.

Al encontrarnos con pacientes con índices moderados de complicaciones y etapas clínicas avanzadas, así como 58% de cirugías curativas consideramos que a nuestro grupo de pacientes se les ha proporcionado mejor calidad de vida, de la misma manera a los pacientes sometidos a gastrectomía subtotal que en los que se realizó un procedimiento más radical.

Debido a que en nuestro hospital no contamos con servicios de quimio y radioterapia no fue posible evaluar la presencia de mayores complicaciones en nuestros

pacientes, debido a mayor sangrado y fijación a estructuras vecinas al momento de la cirugía.

Del grupo de 40 pacientes estudiados, una vez que se decidió el manejo quirúrgico a 40 de ellos se les inició apoyo con nutrición parenteral total una semana previa a su cirugía (70%) con intención de mejorar su estado nutricional.

El manejo conjunto e integral de nuestros pacientes con áreas afines arrojó una mortalidad del 28%, siendo similar a los diferentes trabajos publicados. Consideramos que el hallazgo de mayores índices de fallecimientos asociados a fistula en el grupo de pacientes sometidos a gastrectomía con reconstrucción en Billroth II se debe a mala técnica empleada y no a falla inherente al procedimiento mismo.

De acuerdo a los diferentes comentarios enunciados anteriormente, se concluye:

1.- La incidencia de cáncer gástrico en nuestro medio y en especial en el Hospital Regional "Diego Cordero" es elevada y en estadios clínicos avanzados.

2.- El grupo poblacional más afectado en nuestro hospital fue el femenino en la 7a. década de la vida.

3.- Pase a la etapa clínica avanzada de la neoplasia en nuestros pacientes con cáncer gástrico pudimos ofrecerles al 58% de ellos cirugía curativa.

4.- El grupo quirúrgico de nuestro hospital cuando realizó cirugía curativa empleó con mayor frecuencia el procedimiento Billroth II.

5.- No es posible evaluar en nuestro hospital el beneficio en el tratamiento de la neoplasia con el uso de quimio o radioterapia debido a que no contamos con dichos servicios.

6.- Los índices de pacientes con fistula creemos que se debe a falla en la técnica quirúrgica al momento de la cirugía más que al procedimiento mismo.

7.- En el manejo del paciente fistulizado obtuvimos buenos resultados cuando asociamos nutrición parenteral total y somatostatina análoga obteniendo el cierre de ellas en el 60% de los casos.

8. La estabilidad dependió de la presencia de las complicaciones mencionadas. La cual se manifestó poco incrementando al se asocio entre sí.

9. Las complicaciones que originaron más defunciones fueron las pleuraguitis crónicas, encontrando similitud con las reportadas para este grupo.

10. Las 11 defunciones obtenidas poseen que fueron debidas a que existió un predominio de etapas avanzadas más a presencia de las complicaciones referidas.

Relación del estadio clínico de la neoplasia gástrica en base a edad del paciente

		I F/M	II F/M	III F/M	IV F/M
V	20-29	0/0	1/0	0/0	0/0
X	30-39	1/0	2/1	0/0	1/1
0	40-49	0/0	2/1	1/0	2/1
1	50-59	2/1	1/1	1/2	2/0
2	60-69	1/1	2/1	5/3	2/3
3	70-79	1/2	2/2	2/3	4/3
4	80-89	0/0	0/2	0/0	1/0
5	90 Y MAS	0/0	0/0	0/0	1/3
	TOTAL	5/4	10/8	9/8	13/11
	%	13.5/12.9	27.0/25.8	24.3/25.8	35.1/35.4

Manejo quirúrgico en base a estadio clínico del paciente

	I F/M	II F/M	III F/M	IV F/M	TOTAL F/M	% F/M
BI	0/2	0/0	0/0	0/0	0/2	0/6.4
BII	5/2	6/5	7/3	0/0	18/10	48.6/32.2
YEYUNOST	0/0	0/0	0/0	2/1	2/1	5.4/3.2
GASTROST	0/0	0/0	0/0	4/1	4/1	10.8/3.2
FUERA DE TRATAMIENTO QUIRURGICO	0/0	0/0	0/0	1/6	1/6	2.7/19.3
GASTRECTOMIA TOTAL	0/0	4/1	1/4	0/0	5/5	13.5/16.1
BY PASS	0/0	0/0	1/1	6/5	7/6	18.9/19.3

Tabla 2

Frecuencia de complicaciones asociadas al estadio clínico de la neoplasia

	I F/M	II F/M	III F/M	IV F/M	TOTAL F/M	% F/M
FISTULA	1/0	2/3	1/2	0/1	4/6	10.8/19.3
DEHISCENCIA	0/0	1/0	0/0	2/0	3/0	8.1/0
PLEUROPUL- MONAR	0/0	2/1	1/1	3/0	6/2	16.2/6.4
TROMBOEMBO- LIA PULMONAR	1/0	0/1	0/1	0/0	1/2	2.7/6.4
INFECCION HERIDA	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0
ESTENOSIS	0/0	1/0	0/0	0/0	1/0	2.7/0
CARDIOVASCU- LAR	0/1	2/0	1/0	0/1	3/2	8.1/6.4
OTRAS	0/0	0/0	0/1	0/0	0/1	0/3.2

Tabla 3

Incidencia de complicaciones asociadas a la edad del paciente

	PISTULA	EMBOLEZIA	PLEURO-PALMONAR	TRONCOBRONCAL	NEFROSE	DEFENSA	OTROS	OTROS
V	1	0	0	0	0	0	0	0
X	1	0	1	0	0	0	0	0
0	0	1	0	0	0	1	0	0
1	0	1	0	1	0	0	1	0
2	2	0	1	0	0	0	1	0
3	0	0	3	0	0	0	1	0
4	0	1	0	0	0	0	0	0
5	0	0	1	0	0	0	0	0
TOTAL	4	3	6	1	0	1	3	0
%	10.51	8.10	16.21	2.70	0	2.70	8.10	0

FEMENINO

	PISTULA	EMBOLEZIA	PLEURO-PALMONAR	TRONCOBRONCAL	NEFROSE	DEFENSA	OTROS	OTROS
V	0	0	0	0	0	0	0	0
X	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	0	1	0	0	0	0	0
2	0	0	0	0	0	0	0	1
3	4	0	0	1	0	0	1	0
4	1	0	0	1	0	0	1	0
5	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	6	0	1	2	0	0	2	1
%	19.35	0	3.07	6.45	0	0	6.45	3.07

MASCULINO

Frecuencia de complicaciones asociadas al tipo de manejo quirúrgico empleado

	TIPO DE MANEJO QUIRÚRGICO EMPLEADO							
	PICTOLA	CONDUCCIÓN	PLEUROPLEURISIA	TRACHEOSTOMIA	NEFROSTOMIA	OSTEOSTOMIA	OTROS	OTROS
SI	0	0	0	0	0	0	0	0
NO	2	1	2	1	0	1	2	0
VEYUNOSTOMIA	0	0	0	0	0	0	0	0
OSTEOSTOMIA	0	0	1	0	0	0	0	0
CONDUCCIÓN TOTAL	2	0	1	0	0	0	1	0
BY PASS	0	2	2	0	0	0	0	0
TOTAL	4	3	6	1	0	1	3	0
%	10.81	8.10	16.21	2.70	0	2.70	8.10	0

FEMENINO

	TIPO DE MANEJO QUIRÚRGICO EMPLEADO							
	PICTOLA	CONDUCCIÓN	PLEUROPLEURISIA	TRACHEOSTOMIA	NEFROSTOMIA	OSTEOSTOMIA	OTROS	OTROS
SI	0	0	0	0	0	0	0	0
NO	4	0	1	1	0	0	1	1
VEYUNOSTOMIA	0	0	0	0	0	0	0	0
OSTEOSTOMIA	0	0	0	0	0	0	0	0
CONDUCCIÓN TOTAL	0	0	0	0	0	0	0	0
BY PASS	2	0	0	1	0	0	1	0
TOTAL	6	0	1	2	0	0	2	1
%	18.26	0	3.20	6.40	0	0	6.40	3.20

MASCULINO

Defunciones asociadas al tipo de manejo quirúrgico empleado

	MUJERES	HOMBRES	TOTAL
BI	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
BII	2 (5.4%)	4 (12.90%)	6 (8.82%)
YEYUNOST	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
GASTROS	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
FUERA DE TRAMIENTO QUIRURGICO	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
GASTRECTOMIA TOTAL	2 (5.4%)	0 (0%)	2 (2.94%)
BY PASS	3 (8.10%)	3 (9.67%)	6 (8.82%)
TOTAL	7 (18.91)	7 (22.58%)	14 (20.58%)

Tabla 6.

Índice de mortalidad debido a la presencia de complicaciones

	MUJERES	HOMBRES	TOTAL
Fistula	0 (0%)	2 (6.45%)	2 (2.94%)
Dehiscencia	2 (5.40%)	0 (0%)	2 (2.94%)
Pleuropulmonar	4 (10.81%)	1 (3.22%)	5 (7.35%)
Tromboembolia - -pulmonar	1 (2.70%)	2 (6.45%)	3 (4.41%)
Infecciones	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Estenosis	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Cardiovascular	0 (0%)	1 (3.22%)	1 (1.47%)
Otras	0 (0%)	1 (3.22%)	1 (1.47%)
TOTAL	7 (18.91%)	7 (22.58%)	14 (20.58%)

No. de fallecimientos en relación al estadio clínico del paciente

	MUJERES	HOMBRES	TOTAL
I	1 (2.70%)	0 (0%)	1 (1.47%)
II	3 (8.10%)	3 (9.67%)	6 (8.82%)
III	0 (0%)	3 (9.67%)	3 (4.41%)
IV	3 (8.10%)	1 (3.22%)	4 (5.88%)
TOTAL	7 (18.91%)	7 (22.58%)	14 (20.58%)

Tabla 8

VIII.- REFERENCIAS

- 1.-Boddie Arthur, McBride Charles : Gastric Cancer
Am. J. Surg. 1989; 157 - 606.
- 2.- Yap Pacifico, Pantangco Alias & Cols: Surgical
manegment of gastric carcinoma. Am. J. Surg.
1982: 143; 284 - 287.
- 3.- Serlin Oscar, Keehn Robert & Cols : Factors
realted to survival following resection for
gastric carcinoma. cancer 1977: 40 (3); 1318-
1329.
- 4.- Cromack Douglas, Maher Michelle & Cols. Are
complications in intraoperative radiation
therapy more frecuent than in conventional
treatment . Arch . Surg. 1989 : 124; 229 - 234.
- 5.- Bozzette F, Bonfati G. & Cols.: prognosis of
patients after paliative surgical procedures for
calcinoma of the stomach. Surg. Gynecol. and
obsted. 1987; 164, 151 - 154.
- 6.- Griffin M. Chung C.S. & Cols: Adenocarcinoma of
cardias: Treatment by thoracoabdominal R3
radical gastrectomy. Br. J. Surg. 1990: 77, 937-
939.
- 7.- Hoerr Stanley; Long term results in patients who
survived five or more years after gastric
resection for primary carcinoma: Surg. Gynecol.
& obstet. 1981, 153; 820 - 822.

- 8.- Kimose Hans-Henrik, Lun Ole & Cols: Independent predictors of operative mortality and postoperative complications in surgically treated carcinomas of the esophagus and cardia is the aggressive surgical approach worthwhile : Act Chir. Scand. 1990; 156; 373 - 382.
- 9.- Viste Asgaust, Haugstved & Cols: postoperative complications and mortality after surgery for gastric cancer. Ann Surg. 1988; 207 (6): 7-15.
- 10.- Pachelli F, Bellantone R. & Cols: Risk factors in relation to postoperative complications and mortality after total gastrectomy in age patients. The Am. Surgeon. 1991; 57 (6): 341 - 345 .
- 11.- Yamanaka H, Nishi M. & Cols: Preoperative nutritional assesment to predict postoperative complications in gastric cancer patients. JPEN\J Perent-Enteral nutr. 1989; 13 (3); 286 - 291.
- 12.- Miholic H, Meyer J; & Cols: Nutritional consequences of total gastrectomy: body composition Surgery. 1990 : 108 (3); 488-494.
- 13.- Sawyer L. John: management of postgastrectomy syndromes. Am. J. Surg. 1990 : 159. 8 - 14.
- 14.- Ikard Robert: the anastomosis of Cesar Roux. Surg. Gynecol. & obstet 1989; 169; 559 - 564.
- 15.- Torosian Michael, Dinoway Robert: total parenteral nutrition and tumor metastasis. Surgery 1991; 109 (5); 597 - 601.