

11209
62
2-j



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
HOSPITAL GENERAL REGIONAL
"GRAL. IGNACIO ZARAGOZA"
ISSSTE

CANCER DEL TUBO DIGESTIVO

INCIDENCIA EN EL HOSPITAL GENERAL REGIONAL
"GRAL. IGNACIO ZARAGOZA"
DEL 1 DE NOVIEMBRE DE 1989 AL 31 DE OCTUBRE
DE 1994.

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
ESPECIALISTA EN CIRUGIA GENERAL
P R E S E N T A :

DR. JIMENEZ SANJURJO JOAQUIN M.

Arriano

ASESOR DE TESIS,
DR. ANTONIO CASTRO MENDOZA

FALLA DE ORIGEN



ISSSTE

MEXICO, D. F..

DICIEMBRE DE 1995



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.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL AL SERVICIO DE
LOS TRABAJADORES DEL ESTADO
HOSPITAL REGIONAL REGIONAL
"GRAL. IGNACIO ZARAGOZA"

CANCER DEL TUBO DIGESTIVO
INCIDENCIA EN EL HOSPITAL GENERAL
REGIONAL
"GRAL. IGNACIO ZARAGOZA"
DEL 1 DE NOVIEMBRE DE 1989 AL 31 DE
OCTUBRE DE 1994.

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
ESPECIALISTA EN :
CIRUGIA GENERAL

P R E S E N T A :
DR. JIMENEZ SANJURJO JOAQUIN M.

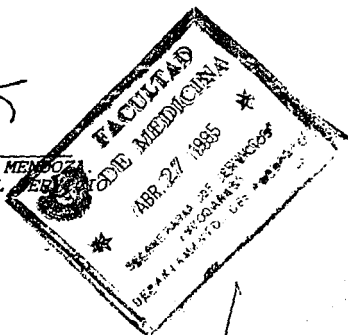
A S E S O R D E T E S I S :
DR. ANTONIO CASTRO MENDOZA

MEXICO.DF.

DICIEMBRE 1995.

Castro

DR. ANTONIO CASTRO MENDOZA
MEDICO ADSCRITO DEL SERVICIO
DE CIRUGIA GENERAL.
H.G.R.I.Z.
ASESOR DE TESIS.
Vo. Bo.

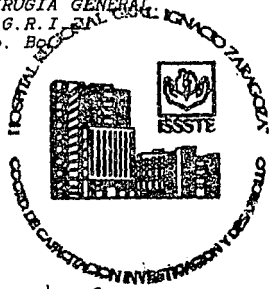


Palacio

DR. FERNANDO PALACIO VELEZ
JEFE DEL SERVICIO DE
CIRUGIA GENERAL
H.G.R.I.Z.
Vo. Bo.

Jorge Negrete

DR. JORGE NEGRETE CORONA
COORDINADOR DE ENSEÑANZA
H.G.R.I.Z.
Vo. Bo.



E. S. S. S. T. E.
HOSPITAL GENERAL IGNACIO ZARAGOZA
SUBDIRECCION MEDICA
* FEB 13 1985 *
JEFATURA DE ENSEÑANZA

Juan Manuel Barrera Ramirez

DR. JUAN MANUEL BARRERA RAMIREZ
JEFE DE INVESTIGACION.
H.G.R.I.Z.
Vo. Bo.

A MIS PADRES QUE A PESAR DEL TIEMPO
INVERTIDO, CONTINUAN APOYANDOME
Y BRINDANDOME SU ESFUERZO, SIN
ESPERAR MAS REDITO DE LO SEMBRADO
QUE MI SUPERACION PERSONAL Y
PROFECCIONAL.

GRACIAS.

Con inmenso agradecimiento por su apoyo desinteresado en la realización y culminación de esta investigación reflejo de su profesionalismo y entrega por la medicina.

Dr. Antonio Castro Mendoza.

PROLOGO.

El siguiente estudio está motivado, en el alto índice de casos que se atienden en el servicio de Cirugía General, el cual se encuentra frecuentemente consultado por patologías relacionadas a tumores del tubo digestivo, por ser un hospital de tercer nivel y estar estratégicamente localizado para funcionar como hospital regional.

Por otro lado el avance de la Medicina hoy día da mayores expectativas con respecto al diagnóstico oportuno y el tratamiento adecuado para cada uno de los estadios de estas neoplasias, siempre con la finalidad de brindar a los derecho habientes y los pacientes en general, una mejor sobrevida y por que no, un diagnóstico temprano que ofrezca una posibilidad real de curación.

El presente estudio se realizó en el Hospital General Regional "Gral Ignacio zaragoza" del Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores, utilizando el archivo de Patología que alberga hasta la primera muestra de histopatología a partir de la fecha de inauguración del Hospital; revizandose para esta tesis un total de 22,894 expedientes, en los que se encontraron 204 muestras con diagnóstico de neoplasia del tubo digestivo.

EL AUTOR.

INDICE.

<i>MARCO HISTORICO</i>	1
<i>CANCER DE ESOPAGO</i>	1
<i>CANCER GASTRICO</i>	7
<i>TUMORES DEL DUODENO</i>	17
<i>TUMORES DEL INTESTINO DELGADO</i>	18
<i>CARCINOMA DE COLON Y RECTO</i>	23
<i>TUMORES DEL APENDICE</i>	32
<i>METODOLOGIA</i>	33
<i>MATERIAL Y METODO</i>	
<i>ANALISIS</i>	35
<i>GRAFICAS Y RESULTADOS</i>	
<i>CONCLUSIONES</i>	72
<i>BIBLIOGRAFIA</i>	73

CANCER DE ESOFAGO

HISTORIA

El cáncer de esófago es conocido desde el siglo XII al ser descrito por Avenzoar, en 1849 Cedillon desarrollo la primera gastrostomía como tratamiento paliativo, Czerny realizó la primera esofagectomía sin reconstrucción en 1877 y fué en 1920 cuando Cedillon desarrollo la primera esofagectomía con reconstrucción para el manejo del cáncer del esófago y en este año se agregó el manejo con radioterapia con malos resultados hasta 1950.

EPIDEMIOLOGIA

Esta tumoraciones representa el 1% de las neoplasias en los Estados Unidos, y en este mismo país el 4.5% de las neoplasias del tubo digestivo, en México ocupa el 6o lugar de las neoplasias del tubo digestivo, se presenta en 6 de cada 100,000 hombres y en 1.5 de cada 100,000 mujeres. La raza es factor importante siendo la proporción de 1 a 3 para los negros, predomina en algunas regiones del mundo como en Iran, China del norte donde alcanza niveles hasta de 160 a 180 por 100.000 habitantes, en Europa es frecuente en Escocia, Rusia y Normandía.

ETIOLOGIA

Existen múltiples factores entre ellos el alcoholismo, el uso de bebidas o alimentos muy calientes, así como el uso de carnes ahumadas o especias en algunos alimentos, el hábito de mascar tabaco y el uso de cigarrillos, aumentan la proporción de 6 a 1 que entre los no fumadores, el uso de té por su contenido en taninos y fenoles. La deficiencia en algunos nutrientes, como el molibdeno, silicio, bario, titanio y magnesio, así como la deficiencia de tiamina y riboflavina y las vitaminas C y A. La tilosis (hiperqueratosis palmar y plantar con papiloma del esófago) causa 70% de los casos en la raza negra. La acalasia, la estenosis por hipocloritos, la esofagitis por reflujo, los restos congénitos de epitelio cilindrico simple, y el esófago de Barret (con una proporción de hasta 40 veces sobre la población general) son procesos benignos que condicionan riesgo para el desarrollo de cáncer esofágico.

ANATOMIA PATOLOGICA

El carcinoma de células escamosas o epidermoide es el más frecuente de los tumores del esófago con proporción de hasta 90 a 95 %, en el tercio medio y superior del esófago como características muestra puentes intercelulares, perlas epiteliales, y escaso pleomorfismo, es a menudo multicéntrico y presenta un tumor sincrónico en 25 % de los casos. se origina a partir de epitelio pavimentoso estratificado o epidermoide del órgano, puede sufrir reacción desmoplástica, fibroplástica, necrosis o ulceración. Las vías de diseminación preferentes, son por contiguidad (que puede ser intraepitelial, estromal directa o intraductal), o hematogena.

Las porciones distales de esófago se afectan por adenocarcinoma que nacen de las glándulas submucosas, a menudo son invasores aún cuando pueden estar intraepiteliales o en el esófago de Barret, no suelen ser multicéntricos, es frecuente la invasión subserosa o submucosa. El adenocarcinoma ocupa del 1 al 10 % los cánceres de esófago.

Con menor frecuencia pueden encontrarse lesiones que incluyen Melanoma Maligno, Mioblastoma de células granulosas linfoma, leiomioma, leiomioma, tumores indiferenciados de células en avena, fibrosarcoma, rabdiomiosarcoma, plasmocitoma, linfosarcoma o coriocarcinoma.

CUADRO CLINICO

Típicamente el paciente se encuentra entre la 6a y la 7a década de la vida. el primer síntoma es disfagia, que por lo regular es lentamente progresivo en 20% de casos y rápidamente progresivo en 80% de casos (evolución promedio de 6 meses) es a menudo un dato tardío.

La pérdida de peso es otro dato importante que se presenta en el 70% de los casos y es a menudo superior a 10 Kg. a esta pérdida se auna anemia marcada en algunos pacientes. El dolor por lo regular es un dato tardío y se presenta después de la disfagia.

El sangrado de tubo digestivo, es infrecuente pero suele presentarse como hematemesis o melena.

Existen otros datos como disfonía por compromiso del recurrente, tos por invasión traqueobronquial y fístula traqueoesofágica con neumonías de repetición.

DIAGNOSTICO

Se realiza primero en base a la clínica, el ACE es de utilidad en el adenocarcinoma como marcador para el seguimiento del tratamiento.

La Rx de tórax puede mostrar niveles hidroaereos, por la obstrucción del esófago, pueden existir adenopatías mediastinales.

El esofagograma es útil para ubicar el tumor primario, delinear su longitud, descubre lesiones exofíticas, el doble contraste es útil para lesiones infiltrantes, el porcentaje de falsas positivas es de 6% y de falsas negativas el 2 %.

Esofagoscopia: la lesión clásica es exofítica, friable y condiciona obstrucción, la biopsia aún cuando no es diagnóstica en el 7% de casos debe realizarse siempre.

Endoscopia ultrasónica: estudia la anatomía de la pared esofágica y ganglios mediante un endoscopio flexible. En el esófago normal se observan 5 capas: La mucosa, la lámina propia, la muscularis mucosae, la muscular propia y la adventicia. Esta técnica detecta la profundidad de penetración hasta en un 87 %, los ganglios se reconocen desde 3 a 5 mm.

Broncoscopia: se realiza en todos los pacientes en los que se planea esofagectomía ya que el 20 % de los pacientes presentan invasión. Los datos de compresión son edema y elevación de la mucosa con hemorragia al contacto y aplanamiento de la carina.

TAC: es el estudio de elección para la valoración de tumores del esófago ya que nos muestra su longitud, el grosor de la pared y el grado de invasión, así como la presencia de metástasis ganglionares locales o a otros órganos. La invasión traqueal se predice en un 87 %, la aórtica en un 80% aun cuando su utilidad para determinar la operabilidad es baja. La determinación de compromiso ganglionar en menos del 60 % y la sensibilidad menor de 30%.

RNM: Aún hoy en día no es superior a la tomografía y muestra problemas similares a esta, para estadificar lesiones mediastinales.

Otros estudios: la mediastinoscopia, la punción percutánea, la endoscopia, la punción percutánea, la minilaparotomía y el estudio de la expresión oncológica del DNA, son de gran importancia para la estadificación, el tratamiento y el pronóstico de los pacientes.

ESTADIFICACION

Se realiza para estadificar pacientes en grupos con el mismo pronóstico y que requieren idéntico tratamiento de acuerdo a la extensión del tumor, además ayuda a comparar resultados de acuerdo a programas terapéuticos establecidos.

La clasificación más recientemente postulada y avalada por la UICC y la AJCC fué propuesta en su última revisión se resume en la clasificación TNM (Tumor, adenopatía y metástasis).

Hay otra clasificación que divide el esófago en cuatro porciones, la primera cervical, desde el borde inferior del cricoides, hasta la entrada al tórax, tiene 18 cm desde la arcada dentaria, la segunda torácica, desde la entrada torácica hasta la carina, a 24 cm de los incisivos, la tercera o torácica media desde la carina hasta la unión gastroesofágica, y la cuarta desde los incisivos hasta la unión cardiosofágica tiene 40 cm desde los incisivos.

La clasificación TNM hace alusión al tamaño del tumor T, al estado de los ganglios regionales se determina por la letra N, y la presencia o no de metástasis que se determina con la letra M.

De acuerdo a los parámetros de TNM podemos formar cuatro estadios; el 0 incluye el carcinoma in situ, el I y II corresponden a tumoración sin evidencia de metástasis locales o ganglios periregionales, el III corresponde a tumoración con adenopatías locales y penetración a órganos contiguos y el estadio IV incluye metástasis a distancia. La sobrevida puede obtenerse en base a esta estadificación.

CLASIFICACION TNM

Estadio 0	Tis	N0	M0
Estadio I	T1	N0	M0
Estadio IIa	T2	N0	M0
	T3	N0	M0
Estadio IIb	T1	N1	M0
	T2	N1	M0
Estadio III	T3	N1	M0
	T4	N0-1	M0
Estadio IV	Cualquier T, Cualquier N, M1		

DIAGNOSTICO TEMPRANO

El diagnóstico temprano es factible en las poblaciones donde la incidencia de esta tumoración es alta siempre y cuando se seleccionen poblaciones con endemia, con población mayor a 50 años con hábitos higiénicos que predisponen a la enfermedad y pacientes con factores de riesgo alto como el cáncer de cabeza y cuello, cáncer broncogénico, enteropatía por gluten, Síndrome de Plummer Vinson, acalasia, esofagitis crónica, y esófago de Barret.

Las mejores técnicas para el diagnóstico temprano son el cepillado que llega a ser de 3 % aún cuando no haya síntomas, en pacientes de alto riesgo, el diagnóstico puede ser de hasta 95%, con 2% de falsas positivas. Cuando se ha realizado diagnóstico por cepillado deberá realizarse siempre toma de biopsia para estudio anatomopatológico y estadificación.

TRATAMIENTO:

Dada la sintomatología vaga y rápidamente progresiva que da el cuadro neoplásico al momento del diagnóstico por lo regular se encuentran estadios muy avanzados por lo que el pronóstico es a menudo pobre.

El tratamiento encuentra aún su piedra angular en el manejo quirúrgico tanto para ofrecer una curación local como para la paliación. El tratamiento curativo se ofrece a menudo a pacientes con estadios tempranos de la enfermedad I y IIa, los estadios IIb y III son controvertidos para un pronóstico de curación, la disfagia y el sangrado son indicativos frecuentes de manejo paliativo.

La selección de pacientes para manejo quirúrgico siempre se dará en base a la estadificación de la tumoración. No es infrecuente que por la edad en que se presenta esta enfermedad existan a menudo, problemas crónicos degenerativos que condicionen mayor riesgo quirúrgico y mal pronóstico como son las disfunciones cardíacas, pulmonares y hepáticas, entre los factores de riesgo que podemos encontrar se encuentran la bronquitis crónica, la hipercapnia (Pa CO₂ 45 mm Hg) y la hipoxemia (menor de 55 mm Hg).

El manejo preoperatorio en estos pacientes es esencial, para un buen resultado, se deberá prever una adecuada valoración cardiorrespiratoria, una compensación nutricia, por vía enteral o parenteral, así como preparación del colon cuando se pretende una reconstrucción con el mismo.

El control postoperatorio es igualmente importante para

la buena evolución del paciente, iniciando con el manejo respiratorio forzado, el manejo antimicrobiano y la nutrición por yeyunostomía y la movilización temprana.

TECNICAS QUIRURGICA

El tipo de procedimiento quirúrgico dependerá de la localización de la tumoración .

La técnica de Lewis Tanner o bifásica es ideal para las tumoraciones en el tercio distal, la trifásica o de Mac Kowewn es excelente para tumoraciones del tercio medio o superior.

Esofagoyeyunoplastia, el yeyuno puede ser utilizado en tres formas: interposición, anastomosis en Y de Roux y la transferencia libre de yeyuno por microcirugía.

Operación de Heimlich, se utiliza para reconstrucción esofágica mediante el uso de la curvatura mayor del estómago.

CANCER GASTRICO

El adenocarcinoma es uno de los más frecuentes tumores del aparato digestivo, en México ocupa el primer lugar. Aún cuando mundialmente ha cambiado su estadística, en México ocupa el mismo primer lugar desde hace 30 años.

En los Estados Unidos ha disminuido considerablemente su incidencia desde 1930 cuando tuvo una frecuencia de 30 por cada 100,000 habitantes.

En los países como Japón, Chile e Islandia la incidencia no ha cambiado y se mantiene con una prevalencia de hasta 4 veces mayor que en los Estados Unidos.

El cáncer gástrico se presenta en grupos socioeconómicos bajos, entre quienes la ingesta de almendones es alta, con bajo consumo de frutas y vegetales frescos, se ha considerado que la alta ingesta de nitritos y nitratos es otro factor de riesgo, así como el uso de ácido ascórbico es un antagonista de dichos productos y que ha mostrado ser un parcial citoprotector contra el cáncer gástrico. El uso de condimentos, alimentos ahumados se encuentra relacionado con la presencia de cáncer gástrico.

Otros factores relacionados son la anemia perniciosa y la resección gástrica previas, principalmente las manejadas con Bilroth II.

La incidencia relacionada al sexo muestra un claro predominio para los hombres de 2 a 1; respecto a la edad se ha demostrado que la edad promedio se encuentra en la 6a y 7a década de la vida.

Algunas otras enfermedades que se han relacionado con el cáncer gástrico son: la gastritis atrófica, la aclorhidria y la hipoclorhidria. La úlcera gástrica desarrolla cáncer en un 5%. la metaplasia intestinal se encuentra también en relación con este padecimiento.

ANATOMIA PATOLOGICA

Para la OMS existen 5 tipos de tumores gástricos:

- 1.-Adenocarcinoma
- 2.-Carcinoma adenoescamoso
- 3.-Carcinoma epidermoide
- 4.-Carcinoma indiferenciado
- 5.-Carcinoma no clasificado

El adenocarcinoma ocupa 90% de las lesiones, de las cuales se consideran cuatro subcategorías: Papilar, Mucinoso, ampular y con células en anillo de sello.

Borrmann clasifica el adenocarcinoma de acuerdo a su morfología en 5 tipos:

Tipo I Vegetante

Tipo II Ulcerado

Tipo III Ulcerovegetante

Tipo IV Carcinoma infiltrante

Tipo V Superficial diseminado

Lauren por su parte, los clasifica de acuerdo a sus características histopatológicas como: Intestinal o Epidémico, que es el resultado de mutaciones de las células gástricas desde edades tempranas en la vida. Y el difuso el cual se considera como endémico y se desarrolla en cualquier individuo por factores causales diferentes.

Habra que hacer un paréntesis para definir lo que en los últimos años se ha denominado como cáncer gástrico incipiente, que denota no el diámetro del cancer, ni la duración de los síntomas, sino más bien su curabilidad potencial.

En 1962 se definió por la sociedad Japonesa como el adenocarcinoma que se encuentra limitado a la mucosa o submucosa independientemente de la afección de los ganglios linfáticos.

CLASIFICACION POR TNM DE LAS NEOPLASIAS GASTRICAS

La clasificación solo es para el carcinoma y debe existir para esta, la corroboración histopatológica. La clasificación puede realizarse de la siguiente manera:

TX.- Sin posibilidad de clasificación del tumor

T0.- Sin evidencia de tumor

Tsi.- Tumor in situ

T1.- Invade la lámina propia o submucosa

T2.- Invade la muscularis propia o submucosa

T3.- Penetra la serosa

T4.- Penetra estructuras adyacentes

Nx.- ganglios regionales no pueden ser evaluados

N0.- Sin metástasis ganglionares

N1.- Metástasis ganglionares perigástricas dentro de 3 cm apartir de la tumoración.

N2.- metástasis a ganglios mayor a 3 cm apartir de la tumoracion a lo largo de la arteria gástrica, hepática, esplénica o celiaca.

Mx.- la presencia de metástasis a distancia no puede ser evaluada

MO.- Sin metástasis a distancia

MI.- metástasis a distancia

De acuerdo a esta clasificación se pueden dar estadios de acuerdo a los hallazgos del TNM.

Estadio 0	Tis	NO	MO
Estadio IA	T1	NO	MO
Estadio IB	T1	N1	MO
	T2	NO	MO
Estadio II	T1	N2	MO
	T2	N1	MO
	T3	NO	MO
Estadio IIIA	T2	N2	MO
	T3	N1	MO
	T4	NO	MO
Estadio IIIB	T3	N2	MO
	T4	N1	MO
Estadio IV	T4	N2	MO
	cualquier T	Cualquier N	MI

CUADRO CLINICO

El cuadro clínico es muy variable, desde los pacientes asintomáticos, hasta los que sustentan pérdida ponderal o parálisis vocal por estadios avanzados.

El cuadro típico es el de un masculino en la 5a o 6a década de la vida con anorexia, pérdida de peso, dolor epigástrico postprandial inmediato, vómitos, náuseas, anemia, masa palpable en el abdomen y ganglios linfáticos metastásicos.

En terminos generales podemos decir que el cuadro clínico puede ser de la siguiente manera:

- 1.- Dolor postprandial inmediato
- 2.- Síndrome Ulceroso
- 3.- Obstrucción pilórica
- 4.- Síntomas de lesión de cardiacas
- 5.- Anorexia, náuseas o vómito
- 6.- Historia prolongada de dispepsia
- 7.- Síntomas colónicos
- 8.- Pérdida de peso, anorexia, astenia
- 9.- Hematemesis o melena
- 10.- Masa palpable
- 11.- Abdomen agudo

12.- Cuerda vocal paralizada, tos pertinaz

EXPLORACION FISICA

La exploración física en estadios temporanos, no da mayor información en los estadios avanzados se encuentran ataque al estado general, el hecho de una masa palpable en el abdomen puede hablar a menudo de procesos invasivos no solo local sino generalizado, el hallazgo de una masa supraclavicular (Virchow) así como la existencia de ganglios axilares y periumbilicales y el signo del cajon que nos lo da un ganglio al momento del tacto rectal nos habla de un procedimiento avanzado, que anteriormente se consideraban como datos de inoperabilidad.

DIAGNOSTICO

El cuadro clínico a menudo nos hace sospechar de la neoplasia, sin embargo, frecuentemente existen ya metástasis sistémicas es decir una evolución de entre 6 y 9 meses. Los ganglios inguinales, rectal y periumbilical son a de alto valor en la sospecha pero por lo regular el paciente se encuentra fuera de un tratamiento curativo.

El diagnóstico radiológico con doble mediodo contraste en la serie esófagogastroduodenal es de gran importancia ya que hace el diagnóstico en un 75 a 90 % de los casos, aún cuando en el cancer gastrico incipiente esde muy baja sensibilidad y especificidad.

No hay duda de que la esofagogastroduodenoscopia, es el método mas efectivo para el diagnóstico del procedimiento neoplásico avanzado y en los casos de neoplasia incipiente, la sola revision hace el diagnóstico hasta en 50% cuando el endoscopista es experto.

En el cancer gástrico incipiente las toma de muestras para biopsia, debere de ser de forma dirigida y aleatoria que aumenta hasta 70 a 100% el diagnóstico histopatológico, la toma de 6 a 8 muestras es la mejor manera de realizar el diagnóstico.

La TAC es el estudio para completar el protocolo de las tumoraciones gástricas, ya que revela la existencia de metástasis orgánicas al Hígado o metástasis ganglionares retroperitoneales. Así mismo la broncoscopia como complemento del estudio y la mediastinoscopia para la toma de ganglios mediastinales.

DIAGNOSTICO TEMPRANO

El diagnóstico temprano en poblaciones de alto riesgo.

como los pacientes con anemia perniciosa, resecciones gástricas, es importante la toma de muestras dirigidas. En los sujetos con cáncer gástrico se muestran mayores concentraciones de β glucoronidasa y la isoenzima de la deshidrogenasa M lactica en secreciones estomacales.

Harrison y colaboradores demostraron un aumento en el antígeno carcinoembrionario y el antígeno (carbohidrato) Ca19.9 en el suero y jugo gástrico de pacientes con Cáncer gástrico temprano.

EVOLUCION NATURAL DEL CANCER GASTRICO INCIPIENTE.

Se supone que si se deja evolucionar de manera artificial al cáncer gástrico incipiente evolucionará a la enfermedad clásica, sin embargo hay lesiones que no han evolucionado aún despues de 8 años de observación se cree que independientemente de que las lesiones sean elevadas o deprimidas la evolucion siempre es la misma, la tumoración penetra las capas del estómago y penetra mas hacia de la submucosa haciendolo de manera radial, sin embargo la incidencia de metástasis linfáticas es muy baja de 0.6 a 11 % con una media de 3%, que le da su característica de curabilidad, pero esta incidencia de metástasis es mayor si la neoplasia ha penetrado la submucosa y va desde 14 a 27 % y se presenta una relación importante de acuerdo a tamaño y profundidad de penetración del tumor.

El tumor gástrico incipiente se presenta con frecuencia como tumores múltiples sincrónicos y la prevalencia mundial es de 9%. En relación a estudios Japoneses se demostro la multicentricidad presentandose en 73pacientes 163 tumoraciones (58 con doble, 13 con triple, y 2 con cuadruple).

CONSIDERACIONES QUIRURGICAS

La valoración quirúrgica en el momento de la laparotomía exploradora es finalmente la que condisiona el tamaño de la cirugía se deberán explorar el estómago, el hígado, el bazo, el páncreas, las cadenas ganglionares periféricas portales con la finalidad de realizar el procedimiento más adecuado.

Se dice que cuando se dejan márgenes quirúrgicos mayores el pronóstico mejora, hay quienes pugnan por márgenes de 2 cm sin embargo se ha demostrado que cuando la tumoración es inicial, dicha lesión puede tener una infiltración submucosa que de al traste con el pronóstico

por lo que se recomienda de ideal margenes de 7 cm.

En general las posibilidades de realizar una resección curativa cuya supervivencia a los 5 años es de 15 a 75% se observa solo en 26 a 53 % de la población, por otro lado cuando se realiza un procedimiento paliativo las estadísticas bajan a 0 a 12 %. La mortalidad operatoria se ha calculado en 2.5 a 14 %.

Para el cáncer gástrico incipiente hay quienes pugnan por una cirugía mayor como la gastrectomía total ya que la multicentricidad es una buena razón para su realización, sin embargo la gastrectomía subtotal da excelentes resultados en los Estados Unidos y en Europa sin residivas y tasas de curabilidad tan altas como 60 al 100%

La recidiva despues de ablación en el cáncer gástrico incipiente es rara, pero si se presenta es mortal por obligación. Se presenta en un 3% de todos los casos y esta en relación con el grado de penetración, que es de 2.2 cuando solo penetra la mucosa y sube a 8.4 cuando invade la submucosa.

TRATAMIENTO QUIRURGICO.

El 29 de enero de 1881. Theodor Billroth extirpó un adenocarcinoma mucinoso del píloro y logró que por primera vez un enfermo viviera despues de una gastrectomía.

La operación más adecuada para una cirugía curativa debe incluir el sitio de la lesión y el patron conocido de diseminación de las lesiones, es por esto que el estómago se ha dividido en tercios, con la finalidad de ofrecer un adecuado procedimiento que intente ser curativo el tercio proximal incluye la unión gastroesofágica y el fondo gástrico, el tercio medio comprende el cuerpo del estómago y va desde el fondo hasta la incisura angularis en la curvatura menor, el tercio distal va desde la incisura angular hasta el píloro y comprende el antro gástrico.

Se exponen las técnicas que se utilizan para eliminar las lesiones en cada uno de los tercios lesionados:

LESIONES GASTRICAS PROXIMALES.

Las lesiones estan comprendidas entre la unión gastroesofágica y el fondo, han tenido una incidencia cada vez más elevada y son considerados endémicos es decir de tipo intestinal y derivan de una metaplasia intestinal, la incidencia va desde un 33% en 1964 a más de 60% en 1989.

La cirugía tiene como meta 3 puntos: 1) eliminar la masa

tumoral y corregir la obstrucción esofágica, 2) obtener bordes sin neoplasia, 3) eliminar los ganglios linfáticos en peligro de dar metástasis. Por esto sólo la gastrectomía radical y la gastrectomía radical ampliada pueden cumplir con estas tres exigencias, sin embargo, en fechas recientes, se han propuesto la gastrectomía subtotal proximal para lesiones que abarcan el cardias, y dejan la radical total para los que abarcan la curvatura menor.

La gastrectomía subtotal proximal reseca la lesión tumoral y los 2/3 superiores del estómago, así como los ganglios suprapilóricos e infrapilóricos que se puedan diseccionar sin necesidad de reseca la porción distal del estómago, se deben observar los vasos gastroepiploicos derecho, la esplenectomía se realiza solo si la lesión es amplia o si hay adherencia o invasión al bazo, si no se encuentran dichas condiciones se considera opcional la resección de los ganglios esplénicos, la cola del páncreas se reseca solo si se presenta invasión a ésta. A diferencia de las lesiones del tercio medio y distal los abordajes en este caso puede ser abdominal o transtorácica, si la tumoración se extiende más hacia el esófago se puede emplear una técnica de Ivor Lewis o la vía toracoabdominal izquierda.

LESIONES DEL TERCIO MEDIO.

Ocupa del 15 al 30 % de todas las lesiones, a menudo es asintomática hasta que da metástasis a distancia. Para estas lesiones se pueden utilizar tres procedimientos para abarcar toda la tumoración y sus linfáticos 1) Gastrectomía subtotal radical alta; 2) gastrectomía total radical, 3) gastrectomía total extendida (ampliada) con pancreatectomía distal y esplenectomía.

Por la disposición de la tumoración envía metástasis a todos los grupos ganglionares por lo que la gastrectomía total ampliada tiene bases para su realización como primera elección, sin embargo la residiva es similar en los tres grupos quirúrgicos de 16% aun cuando esta residiva se vio disminuida cuando las lesiones fueron estadificadas como incipientes. Las cifras globales de los procedimientos fueron hechas por Shiu, encontrando una supervivencia de 10, 16 y 19 % para las gastrectomías subtotal, total y total extendida respectivamente en el primer quinquenio. Las cifras altas de supervivencia se dieron entre los pacientes con tumor incipiente estadificado como IA (T1 N0); IB (T1 N1) y II (T1 N2) con una supervivencia mayor del 93%.

La magnitud de la ablación de los ganglios linfáticos tiene también un lugar preponderante en la supervivencia.

LESIONES DEL TERCIO DISTAL

Comprende un 35% de el total de los carcinomas de esta viscera. su incidencia ha venido disminuyendo y se ha encontrado una relación muy alta con los hábitos dietéticos por lo que se han catalogado epidémicos, naciendo contra un fondo de displasia de la mucosa. Por su localización dan sintomatología temprana de obstrucción por lo que son diagnosticados de manera más temprana. El procedimiento más adecuado para reseca la masa tumoral y los ganglios en peligro de metastatizar es la gastrectomía subtotal radical distal con linfadenectomía regional, se resecan las tres cuartas partes del estómago y el primer centimetro cuando menos del duodeno y de 5 a 7 cm para considerar libre el margen quirúrgico para dejar libre de micrometástasis. Para los grandes tumores algunos autores recomiendan la ablación del bazo y la cola del páncreas. Esta técnica permite una resección mucho más amplia del borde quirúrgico y facilidades de disección de los ganglios celiacos, arteria esplénica y el hilio esplénico.

En el cáncer gástrico incipiente debe emplearse la gastrectomía subtotal porque más del 10 % tienen metástasis a ganglios linfáticos regionales, por lo que estadísticamente esta justificado y de hecho debe hacerse la disección linfática.

DISECCION DE LOS GANGLIOS LINFATICOS.

La disección en el cáncer gástrico es importante para el pronóstico fue Mac Neers quien realizó la primera disección linfática, la cual actualmente esta desechada en los Estados Unidos debido a su alto grado de dificultad técnica y que el cáncer gástrico en este país no es epidémico.

Hasta la fecha solo estudios prospectivos en pacientes con metástasis de ganglios regionales; N2 ha demostrado tener mejoría la sobrevida con la resección de linfáticos celiacos, de la hepática y de la coronaria estomáquica y la esplénica.

La ablación marca sus principios en la resección oncológica de cánceres epiteliales, la ablación amplia del tumor y la eliminación en bloque de la red linfática que incluye los linfáticos regionales e intermedios.

CONSIDERACIONES TECNICAS:

El abordaje preferido es el subcostal bilateral ya que permite el abordaje de todo el abdomen superior y la retracción del borde costal hacia arriba. Una vez valorada minuciosamente la posición del tumor se procede a la revisión de toda la cavidad, posteriormente se abre el epiplón mayor, se disecciona el epiplón menor se identifica la gástrica derecha y se corta despues de ligarla, posteriormente se reseca el duodeno mediante engrapadora, con lo que puede desplazarse el estómago hacia arriba y a la izquierda, lo que continúa es la disección de la cápsula anterior del páncreas diseccionando conjuntamente los linfáticos de la arteria esplénica, los de la arteria hepática, el tronco celiaco y el ligamento hepatoduodenal, se liga la gástrica izquierda y se procede a la ablación tumoral necesaria se envia la pieza quirúrgica para el estudio de bordes.

La reconstrucción se puede hacer en Billroth II pero cualquiera otra técnica es adecuada excepto el Billroth I que a menudo presenta obstrucción intraluminal.

TRATAMIENTO PALIATIVO.

Esta encaminada a mejorar el estado general del paciente en los procesos invasivos como: la obstrucción, la hemorragia y el dolor rebelde.

La obstrucción puede mejorarse con ablación, gastroyeyunostomía o yeyunostomía para alimentación. La hemorragia a menudo requiere ablación del tumor, y el dolor ocasionalmente mejora con la ablación, procedimientos que a menudo son temporales debido a la poca sobrevida de estos pacientes.

RESULTADOS DEL TRATAMIENTO:

Dada la poca sintomatología de estos padecimientos el diagnóstico por lo regular es tardío, por lo que los tratamientos quirúrgicos son de poca expectativa de vida siendo esta solo del 10% en el primer quinquenio, en los países de occidente y de 20 % en el oriente, de acuerdo a la localización de el tumor.

El peor pronóstico a menudo es en el tercio proximal con una supervivencia de 3% siendo comparado por su agresividad con el de páncreas y el de pulmón.

FACTORES PRONOSTICOS.

Se han numerado una gran variedad de factores

pronósticos para el cáncer gástrico pero solo algunos son fiables desde el punto de vista estadístico, como predictorios de resultados factibles.

Se considera como mejor pronóstico al cáncer intestinal según la clasificación de Lauren algunos tumores mejor diferenciados tienen mejor pronóstico, hay mejor pronóstico si el tumor se limita a la mucosa y una mayor sobrevida si invade la submucosa, si el tumor es menor de 1.5 la sobrevida aumenta, se ha considerado también al contenido de DNA dentro de la tumoración como factor pronóstico, considerándose a los tumores aneuploides como de mayor residiva, hay mal pronóstico si más del 10 % de las células del tumor son poliploides y una mayor supervivencia si son diploides (92%), que si son aneuploides (36%).

VIGILANCIA.

En el cáncer gástrico la revisión se realiza cada tres meses en el primer año y después cada año, la revisión se hará mediante anamnesis y exploración física detallada, los estudios hematológicos son indispensables, cada año conviene la toma de muestras para biopsia no sistematizada, ante la pérdida ponderal, masa abdominal y aumento de enzimas séricas es conveniente la realización de TAC abdominal.

El cáncer gástrico a menudo surge como neoplasia con tumores sincrónicos o metasincrónicos en el 23% de los casos se presenta una segunda neoplasia, entre de los tumores más frecuentemente relacionados son la enfermedad de Hodgkin, los leiomiomas, carcinoma endometrial, carcinoma del colon y tumor basocelular del ano.

TUMORES MALIGNOS DEL DUODENO

Son de lo más infrecuentes y por lo mismo de difícil diagnóstico.

INCIDENCIA.

En una revisión de 19 casos la relación respecto al sexo fue muy similar, la preponderancia es con mucho para los adenocarcinomas y los adenomas tubulo vellosos, como tumoraciones delgadas del intestino delgado. Los tumores del duodeno representan el 25 % de los mismos, entre los más frecuentes el adenocarcinoma, el leiomioma y los carcinoides.

SINTOMATOLOGIA.

Lo frecuente es la sintomatología vaga y esta dada por pérdida de peso principalmente, dolor abdominal, náuseas y vómito, la ictericia puede estar formando el cuadro cuando se afecta la papila, la fiebre de etiología obscura es un dato infrecuente pero se puede presentar como único signo positivo.

DIAGNOSTICO:

Es difícil de realizar, pero ante la sospecha clínica se debe realizar por endoscopia o radiología. La colangiografía retrograda es ideal para el diagnóstico de las lesiones en la papila en la serie de NIC representa el 94%.

TRATAMIENTO.

El manejo es por duodenopancreatectomía, la cual muestra una supervivencia a 5 años del 70% disminuyendo a menos del 20 cuando el tratamiento se limitó a resección del tumor.

TUMORES DEL INTESTINO DELGADO.

EPIDEMIOLOGIA.

Aún cuando el intestino delgado le corresponde del 70% al 80% de la superficie mucosa del tubo digestivo resulta sorprendente que la incidencia sea tan baja en el desarrollo de neoplasias. Es el órgano menos frecuentemente atacado por las neoplasias y de las que llega a presentar son benignas. Se considera que ocupa el 5% de las lesiones neoplásicas del tubo digestivo., en México ocupa el 1.5% de todas las neoplasias del tubo digestivo, y de estas solo el 1% son malignas, se considera que tienen una incidencia de 0.49% por 100.000 habitantes sin tener ninguna preponderancia en el sexo.

Resulta pues sorprendente que tenga una incidencia tan baja de las neoplasias del intestino delgado por lo que se han invocado algunos factores protectores entre los que se mencionan, el rápido paso del contenido por el intestino permitiendo una baja exposición a carcinogénicos, el pH alcalino, la baja cantidad de colonias bacterianas en el mismo, el rápido recambio de la mucosa intestinal que impide degeneración citológica de las células la presencia de algunas enzimas como la benzopireno hidroxilasa que es una enzima que destoxifica de los benzopirenos en el tubo digestivo, que son potencialmente carcinogénicos en el tubo digestivo, de la misma manera el alto contenido de inmunoglobulina A que neutraliza y destruye virus oncógenos, también se ha invocado la alteración de los mecanismo inmunológicos como factor de predisposición de estas neoplasias ya que a menudo pacientes con neoplasias del intestino delgado curzan con neoplasias múltiples sincrónicas siendo esta incidencia hasta de 10 a 15 %, algunas neoplasias tienen un alto índice de presencia sobre todo en padecimientos congénitos como el Síndrome de Osler - Weber Randou (telangectasia hereditaria familiar), el Síndrome de Pautz Jeghers que presenta polipos adenomatosos múltiples con alteraciones de melanina en dedos y mucosas, la presencia es alta también en pacientes con Síndrome de Turner, de Von Ricklinghausen, así como la presencia de tumoraciones de tipo endócrino, así como la presencia de lesiones neuroectodérmicas como los Schwannomas.

ANATOMIA PATOLOGICA

Las neoplasias malignas se han dividido en dos grandes grupos epiteliales y mesenquimatosos .

ADENOMAS	BENIGNOS	
ADENOCARCINOMA		EPITELIALES
ADENOCANTOMAS	MALIGNOS	
CARCINOIDE		
LEIOMIOMAS		
FIBROMAS		
LIPOMAS	BENIGNOS	
ANGIOMAS		
LINFANGIOMAS		MESENQUIMATOSOS
LINFOMAS		
LEIOMIOSARCOMAS	MALIGNOS	
PLASMOCITOMAS		
ANGIOSARCOMAS		

CUADRO CLINICO

La sintomatología puede ser tan variada como obscura, el ataque al estado general, pérdida de peso, anorexia, astenia, adinamia, son los elementos primordiales de las tumoraciones intestinales.

La triada clásica se ha reportado como dolor tipo cólico, masa palpable y pérdida de peso, lo que debiera encaminar a pensar en esta patología, además que debemos agregar sintomatología relacionada con alteraciones del tracto gastrointestinal respecto a su función.

DOLOR. *se presenta en 80% de pacientes, como síndrome ulceroso, en el 25 % de los casos es de tipo cólico cuando se encuentra la masa en el yeyuno o ileon, la evolución es con síndrome oclusivo.*

ATAQUE AL ESTADO GENERAL. *Se presenta en el 80 % de los casos, considerandose importante cuando supera el 10% del peso del individuo.*

OBSTRUCCION . *Se presenta en el 30 % de los tumores malignos, cuando se presenta en el síndrome de Peutz Jeghers debiera hacerse el diagnóstico temprano.*

HEMORRAGIA. Se presenta hasta en el 40 % de los casos, se manifiesta como melena o como hematemesis cuando la tumoración es alta lo que puede desconcertar en el diagnóstico.

MASA PALPABLE. se presenta en el 30 % de los casos.

ALTERACIONES DEL TRACTO GASTROINTESTINAL. se presentan en una tercera parte de los pacientes como diarrea, pérdida de peso y sangre en las heces, lo que debiera hacer pensar en el diagnóstico, la constipación se presenta en las lesiones malignas.

DIAGNOSTICO:

El diagnóstico como tal solo se presiza en una tercera parte de los casos de manera preoperatoria, cuando se hace se sientan sus bases en la clínica: el dolor, la masa tumoral, las alteraciones del tránsito intestinal y la pérdida de peso nos deben hacer pensar en el diagnóstico. El estudio mas importante para el diagnóstico es el tránsito intestinal que posee una precisión diagnóstica del 50 al 70 %, la enteroclisia es una técnica que vino a revolucionar el diagnóstico de las neoplasias del tubo digestivo, se presenta como contracciones anulares con disrupción de la mucosa, el linfoma a menudo comprende segmentos grandes de intestino, los leiomiomas y leiomiomas a menudo aparecen como grandes masas extraluminales, los carcinoides causan con frecuencia torción del intestino con efectos extraluminales de masa ocupante, las lesiones grandes deben hacernos sospechar de pólipos, carcinoides, lipomas o sarcoma de Kaposi. La acumulación de contraste (blush Tumor) se presenta en las lesiones vasculares.

La angiografía es adecuada para detectar lesiones vasculares o carcinoides no así el US o la TAC que nos sirve para el rastreo de lesiones del intestino delgado.

La mitad de los pacientes presentan lesiones irreseccables al momento de la laparotomía y casi un tercio presenta metástasis a distancia, la mortalidad operatoria es del 10%, la supervivencia a 5 años es de 25 % siendo los adenocarcinomas los de peor pronóstico con supervivencia de 15 a 20 %, los mejores pronósticos son de los carcinoides con supervivencia de 50 a 70 % a 5 años y de 40 a 50 % a los 10 años.

ADENOCARCINOMA.

Representa la cuarta parte de los tumores malignos, es más frecuente entre hombres y su incidencia aumenta con la edad, es más infrecuente entre más se aleja del duodeno, en el duodeno el 65 % se encuentra en la papila de Vater, y 20 % encima de ella, en el yeyuno se encuentra a menos de 100 cm del Treitz, en el ileon se encuentra en la zona distal, en 70 % a menos de 100 cm de la valvula ileocecal. Se encuentran intimamente relacionados con síndromes familiares.

Su presentación puede ser plano, ulcerado, vegetante, o infiltrante, microscópicamente son bien diferenciados, papilares y presentan producción de mucina, su diseminación es local y hematógena.

La sintomatología esta frecuentemente en relación con obstrucción, la hemorragia y la anemia son frecuentes tambien, así como la ictericia que se presenta en una tercera parte de los casos.

El tratamiento de elección es la resección quirúrgica, la cual se realizará con pancreatoduodenectomía cuando se encuentre el tumor en el duodeno. La resección paliativa debe ser substituida por las derivaciones y los by pass intestinales aun cuando la supervivencia es baja despues de la paliación, despues de una resección amplia la supervivencia es baja hasta de 20 % a 5 años.

La presencia de enfermedad de Crohn es bien conocida en relación al desarrollo de estas neoplasias, se dice que el paciente con enfermedad de Crohn tiene entre 8 a 320 veces más posibilidad de desarrollar esta neoplasia, la cual se desarrolla hasta en 70 % de casos en el ileon, el sexo masculino predomina en esta neoplasia y la edad promedio es de 46 años, siendo más frecuente para quienes han padecido la enfermedad, por lo menos 5 años. La falta de diagnóstico de carcinoma en la enfermedad de Crohn es grave, ya que el paciente morira en un lapso de 1 año despues del diagnóstico.

TUMORES CARCINOIDES.

Se originan en las criptas de Lieberküng, el termino carcinoide de nota la benignidad de dichas tumoraciones.

Estas neoplasias se desarrollan apartir de celulas enterocromafines y desarrollan un síndrome llamado carcinoide. El origen extraintestinal de estas tumoraciones es el bronquio, el ovario, la laringe, el timo, el testiculo y el cervix.

Las tumoraciones carcinoides pueden clasificarse por su origen embrionario en: Intestino anterior (bronquio, páncreas y estómago), intestino medio (intestino delgado, colon proximal y ovario) y del Intestino distal (colon distal y recto), en base a este origen las características clínicas tintoriales y bioquímicas son de diferente manifestación.

Existen otras neoplasias con potencial endócrino descritas por Perse., el sistema APUD (amine, Precursor Uptake, decarboxilation). Los tumores carcinoides son infrecuentes varían del 0.1 al 1.1%, el apéndice es el sitio más frecuente del carcinóide, con una incidencia de localización del 50% para estas lesiones, son también 8 veces más frecuentes en el íleon que en el yeyuno, la relación hombre-mujer es de 1.5 a 1, la edad promedio es la 6ª década de la vida.

Las lesiones crecen en la mucosa y poco a poco invaden la submucosa cuando han invadido los ganglios ocurre retracción del segmento intestinal condicionando alteración de la vascularidad, el 30% son múltiples al ser diagnosticados, las metástasis son regionales, a hígado, pulmón y ocasionalmente hueso.

CARCINOMA DE COLON Y RECTO.

Es el cáncer más frecuente en los Estados Unidos, respecto a las tumoraciones del tubo digestivo, y en general solo es superado por el cáncer de pulmón.

En la primera edición de Bockus en 1946 se hace referencia que es el cáncer de estómago el que causa 16% de las muertes por neoplasias viscerales y el cáncer de colon solo el 11%, refiriendo que de 1911 a 1940 se había aumentado en el doble la causa de muerte por cáncer de colon en los hombre y 50 % en las mujeres. En su última edición Bockus sitúa al cáncer de colon y recto como la primera causa de muerte con el 22.6 por 100.000 habitantes, dentro de las neoplasias del tubo digestivo, le siguen el de páncreas y el de estómago.

En México se ve superado por el cáncer de mama y cervicouterino y está a la par con el cáncer de pulmón como causa de muerte.

INCIDENCIA Y EPIDEMIOLOGIA.

La posibilidad de que una persona desarrolle cáncer de colon desde su nacimiento hasta los 70 años, es de 4% y aumenta con la edad y esta íntimamente relacionada con el medio ambiente, por lo que los estudios epidemiológicos están dirigidos a las ciudades altamente industrializadas y sus tipos de dieta. La incidencia entre razas en los Estados Unidos es igual para los negros como para los blancos de 36.7/100.000 habitantes, así como para hombres y mujeres que es de 19/100.000 habitantes. Entre los inmigrantes las tasas de frecuencia son alcanzadas con respecto a los nativos de zonas altamente industrializadas.

Los factores genéticos también tienen gran importancia en el desarrollo de cáncer de colon y recto, no anteponiéndose a las estadísticas los casos familiares y esporádicos.

Ciertos grupos familiares tienen una gran predisposición respecto al desarrollo de cáncer colorectal, como son los pacientes con poliposis familiar (incidencia estimada 1:7 000 / 100.000 habitantes, siendo el riesgo de 100% si sobreviven lo suficiente, la predisposición transmitida a sus congéneres sera de 50% para el desarrollo de poliposis familiar. Presumiblemente desde el punto de vista citoquintético, el síndrome de Gardner tiene una mutación que predispone al desarrollo de neoplasias, no obstante que se ha intentado definir la alteración

molecular, los pacientes aún deben someterse a rutinarias exploraciones anuales o bianuales por colonoscopia desde los 15 a los 30 años, la edad promedio para el diagnóstico es de 40 años para pacientes con este factor, que es dos décadas anterior a la aparición en pacientes sin factor de riesgo. La colectomía total es el tratamiento en el momento del diagnóstico de la poliposis familiar.

Otras alteraciones se encuentran en el síndrome de Gardner y el de Turcot que implican no solo poliposis y osteomas de mandíbula y otros huesos, fibromas cutáneos y desmoides del abdomen, sino cáncer del ampulla de Vater y del tiroides. A diferencia del síndrome de Gardner y de Turcot, la poliposis juvenil y el síndrome de Peutz Jegher no son predisponentes a la neoplasia por lo que no requieren de Screening ni de tratamiento radical al momento de su diagnóstico.

La colitis ulcerativa crónica puede desarrollar carcinoma de cualquier porción del colon teniendo hasta 20% de posibilidades después de desarrollar el primer evento, dado el manejo profiláctico que se ha dado con la colectomía y las ileostomías de Bfocke después de la proctocolectomía, pues no hay un tiempo límite para el desarrollo de cáncer y ni aún las tomas de biopsia y los screenings realizados son una buena pauta para el seguimiento de estos pacientes.

El cáncer de colon también está relacionado con la enfermedad de Crohn siendo el riesgo de 3 a 20 veces mayor que entre la población general.

Otro hecho relacionado con el cáncer de colon es la formación de una anastomosis uterosigmoidea para el tratamiento de extrofia congénita de la vejiga siendo de 5 a 10 % después de los 15 a 30 años de realizado el procedimiento. El punto más frecuente es el sitio de la entrada de los ureteres siendo la posibilidad de causa, la cronicidad de la permanencia en la mucosa de la orina y las heces. La endocarditis por estreptococcus bovis es de hecho también reconocido para el desarrollo de cáncer de colon.

Otro hecho aún no bien aceptado es la colecistectomía como tratamiento de coledolitiasis en edades tempranas.

Se considera que la mayoría de cánceres colorectales se desarrolla a partir de pólipos adenomatosos, por lo que se considera como un fenotipo premaligno del cáncer colorectal. Además los pacientes con cáncer previo de el colon deben ser vigilados con colonoscopia ya que a menudo desarrollan cáncer sincrónico o metasincrónico. Por otra parte los pólipos no se consideran premalignos solo los adenomas con

respecto a esto es más frecuente que los pólipos sesiles, se malignisen, que los pediculados, y más si son vellosos que glandulares y si son grandes que pequeños, el control ulterior a la resección del carcinoma después del manejo quirúrgico debiera de ser de 5 años, que el promedio de tiempo que tarda un pólipo en crecer y alcanzar un desarrollo lo suficiente para crear una neoplasia, no así cuando el manejo fué por cáncer, que después del primer año con 2 revisiones sin indicación de neoplasia se deberán extender nuevamente las revisiones.

Los hábitos higiénicos y dietéticos son de dudoso valor en el pronóstico de desarrollo de cáncer, sin embargo, evitar ingesta abundante de carne, colesterol, grasas saturadas, aumento de la flora bacteriana anaerobia, dietas que aumenten la secreción de sales biliares y la ingesta abundante de fibra son medidas adecuadas en la prevención del cáncer colorectal.

ANATOMIA PATOLOGICA.

En México el cáncer de colon sigue presentandose con mayor frecuencia en el sigmoides, es por esto que el tacto rectal y la rectosigmoidoscopia son el mejor método para el diagnóstico temprano y oportuno del cáncer colorectal. Las neoplasias se encuentran con frecuencia en 2 o más puntos al mismo tiempo, se cree que por ser el recto y el sigmoides el sitio donde más tiempo permanece la materia fecal es la causa de su mayor incidencia en estos sitios, sin embargo en los Estados Unidos esta aseveración ha venido cambiando en los últimos años, la afirmación de que el cáncer de colon y recto puede ser encontrado en el 75 % de los casos con rectosigmoidoscopia es actualmente puesta en duda.

El cancer de colon puede presentarse como polipoide, ulceroso, escirroso, y puede ser mucinoso, coloide o vellosos o papilar.

El adenocarcinoma ulceroso es el más frecuente y da a menudo fenómenos hemorrágicos o por formación de fistulas a otros órganos condicionando procesos infecciosos. La presentación polipoide puede dar proceso obstructivo debido a su lento crecimiento y fenómenos hemorrágicos por ulceración.

El adenocarcinoma puede ser escirroso, la forma dura de la neoplasia, con abundante tejido conectivo que da el aspecto de linitis plástica y a menudo se encuentra en el recto sigmoides.

En los casos de adenocarcinoma bien diferenciado se

encuentran imagenes ascinares casi de las características del colon normal, en las neoplasias poco diferenciadas se observan cordones de células malignas oscuras, núcleos hiperocrómicos y mitosis anormales.

El adenocarcinoma mucinoso, coloide, es blando; con desarrollo de las células mucoproductoras, friable y da cuadros diarreicos mucoso, se pueden localizar en el sigmoides, colon derecho o recto, los adenocarcinomas vellosos se desarrollan apartir de adenomas vellosos son friables y blandos, sesiles de superficie lobulada con cuadros diarreicos mucosos abundantes, más de 2 a 3 litros por día, con pérdidas de potasio, cloro y sodio.

VIAS DE DISEMINACION

Pueden disemiarse por contiguidad a las estructuras vecinas y/o a la luz de todo el órgano dando lugar a procesos obstructivos, puede invadir la vejiga, los ureteres, la matriz y sus anexos, y la vagina dando lugar a fistulas. A travez de los linfáticos puede dar lugar a metástasis a ganglios mesentéricos, preaórticos o de fondo de saco. A travez de los vasos sanguíneos invade por la mesentérica al hígado y menos frecuentemente al pulmón, el cerebro y los huesos.

CUADRO CLINICO

El cuadro clínico puede estar caracterizado por una neoplasia derecha, izquierda o del sigmoides, sin embargo en un adulto mayor de 50 años con cambios en los hábitos evacuatorios, dolor cólico persistente, pérdida de peso y sangre en las heces fecales se debe de sospechar hasta demostrar lo contrario en una neoplasia colorectal.

El cáncer de colon es más frecuente entre los hombres que entre las mujeres en una relación de 2 a 1, es más frecuente despues de la 5a decada de la vida y hasta la octava década tiene su mayor auge.

Las neoplasias de reciente aparición que no invaden a la mucosa a menudo no tienen sintomatología, o es muy vaga las neoplasias que tiene un proceso muy avanzado curzan con pérdida de peso, sangre en heces, una masa abdominal o cuadros obstructivos, el cuadro frecuentemente se caracteriza por el sitio de la neoplasia.

CARCINOMA DE COLON DERECHO. Va desde el ciego hasta el colon transverso, se manifiesta a veces por pérdida de peso, astenia, anorexia por la absorción de toxinas, se puede presentar melena, anemia que es frecuente, hay a menudo

dolor en el cuadrante inferior derecho, hay alteraciones del tránsito intestinal con diarrea, hay fenómenos obstructivos aún cuando estos son infrecuentes y puede haber perforación de la tumoración.

CARCINOMA DEL COLON IZQUIERDO. Se manifiesta a menudo por cuadros de oclusión, aún cuando hay diarrea en las etapas tempranas, hay sangre roja en heces y pocas veces melena, el cuadro se acompaña con astenia, adinamia, ataque al estado general, fiebre en una tercera parte de los casos, hay dolor en el 75 % de los casos, que se modifica con las evacuaciones y expulsión de gases, cuando el cuadro es avanzado puede presentarse cuadro oclusivo con dolor importante irradiado al dorso.

CARCINOMA DEL RECTO. cuando la lesión se encuentra en la unión del rectosigmoides se presenta con cuadros diarreicos pero es más frecuente que se presente como constipación, en 3/4 partes de los pacientes hay sangre en las heces, cuando ha invadido tejidos profundos, el paciente se queja de dolor perineal o rectal manifestado como tenesmo. El pujo puede manifestarse como cuadros disintéricos de poca cantidad haciendo que el cuadro se confunda con amibiasis intestinal. El carcinoma papilar o vellosa da mucorreya. Las lesiones pueden dar sintomatología de ataque al estado general aún cuando es menos frecuente que en lesiones localizadas a otro nivel.

EXPLORACION FISICA

El paciente debe ser valorado integralmente, la caquexia a menudo habla de proceso avanzados, la palidez habla de anemia importante y que en ocasiones, es el único dato de neoplasia de colon. Las adenopatías nos hablan de enfermedad sistémica, la hepatomegalia debe ser valorada cuidadosamente ya que junto con la ictericia son indicativos de procedimientos con metástasis hepáticas. Se pueden palpar masas que se relacionan al recto o al colon ascendente en el 23 % de casos. El tacto rectales es preponderante en la sospecha de neoplasia rectal.

DIAGNOSTICO

El Screening para el diagnóstico y la vigilancia del cancer de colon y recto, debe ser la siguiente: exploración rectal digital, prueba de sangre oculta en heces, proctosigmoidoscopia, pancolonoscopia, colon por enema con aire con doble contraste.

El protocolo adecuado es la realización de sangre

oculta en heces por guayaco. los screenings aún no son adecuados para la población en general, pero son adecuados cuando el paciente tiene factores de riesgo altos como familiares con antecedente de cáncer de colon en pacientes con poliposis familiar o carcinoma esporádico, se debe dejar al paciente sin ingesta de carne o vegetales durante tres días previos, posteriormente si no hay evidencia alguna se realiza la proctosigmoidoscopia, si esta nos da datos con respecto a la sintomatología del paciente se debiera realizar colon por enema con doble contraste, para evidenciar lesiones pequeñas, si esta, da o no datos debiera realizarse colonoscopia con toma de biopsia, lo que nos permite buscar directamente y hacer estudios microscópicos de lesiones.

MARCADORES TUMORALES.

El ACE es el prototipo de los marcadores tumorales sólidos, aislado por primera vez por Gold en 1965. El ACE no es específico se encuentra en los carcinomas derivados del endodermo en el intestino normal, fetal, páncreas, Hígado, puede encontrarse en cuadros benignos como neumonitis, bronquitis, pancreatitis, enfermedad biliar obstructiva, enfermedad inflamatoria intestinal crónica.

Cuando se toman antes del procedimiento quirúrgico, el ACE es de ayuda en el pronóstico, sobre todo en los pacientes con lesiones metastásicas en el mesenterio, debe ser medido en pacientes que residen terapia primaria o adyuvante en el cáncer de colon y recto. Si las tumoraciones resecaadas son bien diferenciadas debiera realizarse tinción ACE específicas para localizar el sitio de producción, si no son diferenciadas en incesaría la exploración y se descarta al tumor como sitio de producción de este antígeno y no se debe tomar seguimiento postoperatorio de estas muestras.

En las neoplasias con buena diferenciación o moderada, el ACE es adecuado para el seguimiento en el pronóstico del paciente, las cifras tenderan a la declinación en 2 a 3 semanas despues de la resección, a menos que esta halla sido incompleta, o se encuentren metástasis ocultas, entonces las cifras no descenderan e incluso podrian aumentar, en estos casos la reoperación para la resección del tumor residual esta en controversia.

CLASIFICACION.

Se han diseñado diversas formas para la clacificación de las neoplasias del colon y recto. La clasificación de

Dukes por su grado de predictibilidad respecto al pronóstico del paciente, con relación al grado de invasión de la tumoración es hoy día la que más popularidad ha ganado, recientemente ha sido modificada por Kirklin siendo de 3 a 4 estadios actualmente, se presenta a continuación.

Etapa A.- denota la invasión de la muscular de la mucosa y hasta la muscular propia, los ganglios no tiene metástasis.

Etapa B.- implica la invasión de todas las capas de el intestino sin metástasis.

C.- denota la invasión de ganglios sea cual sea la profundidad de la invasión.

El riesgo de metástasis cuando la invasión va hasta la muscularis mucosae es de 12 % y hasta 50 % cuando ha invadido todas las capas estos parámetro fueron cotejados con una sobrevida a 5 años.

Posteriormente Dukes modificó su estadio C en C1 y C2, siendo C1 la presencia de ganglios linfáticos locales, mientras que C2 los ganglios han invadido hasta donde se ligan los vasos.

Aster y Coler modificaron una vez más la clasificación, dejando para A las lesiones limitadas a la mucosa, B1 las lesiones hasta la muscular, con ganglios negativos, B2 a las lesiones que penetran la muscular con ganglios negativos. C1 a los limitados a la pared con ganglios positivos y C2 a los que invaden más haya de la pared con ganglios positivos.

Por otro lado la clasificación de TNM como clasificadora de todos los carcinomas es también popular y es la siguiente.

T.-Tumor primario.

Tx.- Tumor primario no valorable.

T0.- Sin evidencia de tumor primario.

Tis.- Carcinoma insitu.

T1.-Tumor que invade mucosa.

t2.- Tumor invade muscularis propia

T3.- Invade muscularis propia, subserosa, tejidos pericólicos o perirectales en zonas sin peritoneo.

T4.-El tumor invade peritoneo y otros organos o estructuras.

N.- Ganglios regionales.

Nx.- Ganglios regionales no valorables

N0.- Sin metástasis a ganglios regionales.

N1.-Metástasis a 1 a 3 ganglios pericólicos o perirectales.

N2.- Metástasis a 3 a 4 ganglios pericólicos o perirectales.

N3.- Metástasis a ganglios linfáticos a lo largo del

recorrido de los vasos principales.

M.- Metástasis a distancia.

Mx.- Metástasis a distancia no valorables

MO.- Sin metástasis a distancia.

M1.-Con metástasis a distancia.

Agrupamiento por estadios.

Estadio 0	Tis	NO	MO
Estadio I	T1	NO	MO
	T2	NO	MO
Estadio II	T3	NO	MO
	T4	NO	MO
Estadio III	Cualquier T	N1	MO
	Cualquier T	N2,N3	MO
Estadio IV	Cualquier T	Cualquier N	M1

TRATAMIENTO DEL CANCER DE COLON Y RECTO.

El tratamiento esta basado en el conocimiento de la anatomía y de las vias de diseminación. El adenocarcinoma se disemina principalmente por los linfáticos de la submucosa, y a través de los linfáticos que corren junto a los vasos que irrigan el colon, drenando en la porta a nivel del mesenterio. Por esto la resección se debe realizar con márgenes adecuados y con el drenaje sobre el mesenterio, por esto los límites del cáncer colorectal son uniformes.

Para los pacientes con lesiones neoplásicas en pólipos los límites realizados quirúrgicamente son los ideales una vez que la lesión neoplásica han invadido la muscular, no así cuando la lesión esta limitada y la biopsia excisional por endoscopia es suficiente.

En los casos de urgencia con obstrucción una colostomía temporaria con resección posterior de la tumoración y reanastomosis de los cabos sanos es lo adecuado. En las neoplasias perforadas a otros órganos es necesaria la realización de la resección de la lesión tumoral junto con el órgano afectado por la perforación.

Entre las especificaciones que se pueden hacer respecto al cáncer de recto tenemos las siguientes: la resección abdominoperineal solo es necesaria cuando ocupa el tercio distal del recto y si el tumor invadido la muscular de la mucosa, por este punto solo el 10% de los pacientes requieren colostomía permanente. Para las neoplasias que preservan el esfínter, el abordaje debe ser transesfinteriano y transsacro, con protocolos adyuvantes de irradiación y quimioterapia. La irradiación externa es la

adecuada para pacientes con carcinoma rectal fijo, si responde a una terapia de 45 cGy se realizará resección abdominoperineal con irradiación transquirúrgica a pelvis y peritoneo. Para los cánceres de células escamosas y cloacogénicas la radioterapia y la quimioterapia juntos curan al 90% de los pacientes, las residivas finalmente moriran por actividad tumoral y la resección abdominoperineal solo es paliativa temporal a muy corto plazo.

La terapia adyuvante para los estadios B2 y C1 y C2 de Dukes Kirklín es meramente un formulismo ya que no ha demostrado la paliación prolongación de la vida y menos aún curabilidad.

Respecto a los límites de la lesión infiltrante es de comun acuerdo dejar 6cm de distancia a las lesiones en recto, es un buen margen de seguridad para evitar incidir en tumor, sin embargo este límite puede ser para algunos cirujanos hasta de 2 cm entre más se acerque a la línea dentada, sin embargo en esta zona es más importante la diseminación radial que la diseminación distal. En este punto son preponderantes dos conceptos. La transgresión quirúrgica de la lesión por diseminación radiada. Primero hay una tendencia a conificar cuando se disea una lesión en la cara anterior del recto acercandose al perine. Segundo, los margenes osseos pelvianos restringen la extensión radiada de la disección al desplazarnos hacia peritoneo. Por estas dos razones el margen distal no debe ser limitante. Solo los pacientes con adenoma rectal superficial de menos de un tercio de la circunferencia intestinal sin evidencia de ulceración ni compromiso del esfínter y sin ganglios perirectales documentados por tacto rectal o estudios radiográficos pueden recibir tratamiento conservador, si presentan lesión en los últimos 6 cm de recto deben recibir resección abdominoperineal. La supervivencia en los pacientes con lesiones resecables de colon y recto sobreviviran a 5 años entre 45 y 50 % respectivamente, estas perspectivas no han cambiado en los últimos 40 años ni aún con terapia adyuvante.

TUMORES DEL APENDICE.

EPIDEMIOLOGIA.— Es de los tumores del tubo digestivo más infrecuentes, su incidencia no será mayor del 1% de las neoplasias del aparato digestivo en general.

ANATOMIA PATOLOGICA.— Las neoplasias que con mayor frecuencia se observan en el apéndice son el carcinoma o tumor de células argentafines y el adenocarcinoma. Se encuentra un carcinóide en el 0.1 % de todas las apendicectomías la mayoría de las veces dicho procedimiento se realiza en base a un diagnóstico mal fundado.

CUADRO CLINICO. La mayoría de los pacientes presentan un cuadro clínico compatible con un proceso apendicular agudo y el diagnóstico se hace transoperatoriamente en un hallazgo histopatológico. De igual manera el paciente puede aparecer como el cuadro de una apendicitis crónica recurrente. Las únicas situaciones donde se sospecha desde la clínica de una neoplasia de este tipo es cuando el paciente presenta síndrome carcinóide, manifestados por rubor, diarrea y sintomatología relacionada al asma. Cuando el carcinoma se manifiesta como una neoplasia que se palpa y produce moco se denomina, mucocèle maligno. Cuando la neoplasia parece como una masa sólida en el transoperatorio por lo regular se trata de un adenocarcinoma poco diferenciado.

DISEMINACION. En el caso del carcinóide o del adenocarcinoma dan metástasis a ganglios regionales, aun cuando el mucocèle maligno considerado de menor grado de malignidad.

DIAGNOSTICO. Este se realiza a menudo de manera transoperatoria, con ayuda de el estudio transoperatorio el cual es de muy alta cuantía ya, que nos indicará el procedimiento a seguir con el paciente.

TRATAMIENTO El manejo quirúrgico es el más adecuado, cuando la tumoración es menor de 1.5 cm. la simple apendicectomía es suficiente. Si la tumoración es mayor de estas medidas se recomienda una hemicolectomía con resección del infáticos.

METODOLOGIA.

MATERIAL Y METODO.

Se recurrió al archivo de patología, del Hospital General Regional "Gral Ignacio Zaragoza" del Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado.

En este archivo se revizaron los reportes de histopatología, del 1 de Noviembre de 1989 al 31 de octubre de 1994, buscando de manera intencionada los diagnósticos histopatológicos de cancer en los órganos del tubo digestivo.

Se revizaron 28.292. reportes de histopatología en ese periodo.

CRITERIOS DE INCLUCION.

Se tomaron en consideración todas las neoplasias primarias de los órganos que conforman el aparato digestivo, incluyendo los órganos que funcionan como tubo digestivo propiamente y los órganos glandulares que a este conforman. Se tomaron en consideración todos los reportes histopatológicos de neoplasias primarias, sin importar, el sexo, la edad del paciente del que provenían.

CRITERIOS DE EXCLUSION.

Se excluyeron a todos los pacientes que en base al archivo de histopatología, contaban con antecedentes de otras neoplasias primarias, así mismo cuando las lesiones en los órganos del tubo digestivo se encontraban metastatizadas y se conocía el sitio del primario, se incluyeron 2 pacientes con leucemia en el colon ya que no se evidenció otro sitio del primario. Se excluyeron algunos otros pacientes con diagnósticos clínicos de neoplasia que por otras fuentes fueron obtenidos y que no contaban con diagnóstico histopatológico corroborado. Se excluyeron de la misma manera a las tumoraciones benignas.

METODO.

Se clasificaron las neoplasias encontradas en base a los siguientes parametros.

Organos de origen

localización de la neoplasia

Tipo histopatológico

grado de diferenciación

Sexo en el que se presento

Grupo etario en el que se presentó

En base a estos datos se estadificó para obtener la incidencia de neoplasias en el Hospital General Regional "General Ignacio Zaragoza" del ISSSTE que en el período del 1 de Noviembre de 1989 al 31 de Octubre de 1994 se presentaron.

Se preparó y se presentó en cuadros y gráficas de pastel y barras los resultados obtenidos y se analizaron.

ANALISIS

RESULTADOS Y GRAFICAS

Se analizaron 22,892 expedientes de el archivo de patologia del Hospital General Regional "Gral Ignacio Zaragoza" del Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado.

Obteniendo los siguientes resultados de acuerdo a la distribucion propuesta para su analisis.

Cuadro No. 1 y Gráfica No. 1.

Cáncer de esofago: distribución por sexo.

Se encontro que el sexo masculino es en nuestro Hospital quien predomina en la incidencia de las neoplasias del esófago presentandose estas en 14 pacientes (87.6%) en este sexo contra solo 2 paciente del sexo femenino (12.7%).

Cuadro No. 2 y gráfica No. 2.

Cáncer de Esófago: distribución de acuerdo al sitio de localización.

En este rubro encontramos que la mayor incidencia en nuestro hospital de cancer de esófago se presenta en el tercio distal de el órgano, contrario a los reportes mundiales, donde la mayor incidencia es para el tercio superior, encontramos en nuestra unidad 12 tumores en el tercio distal lo que corresponde a un 74.4% de los casos, el tercio medio 3 casos (18.6%) y el tercio proximal solo 1 caso con solo 6.2% del porcentaje.

Lo que probablemente corresponda a neoplasias que se originan en la unión gastroesofágica y que en nuestro hospital se clasificaron como neoplasias esofágicas.

Esto nos hace recapasitar un poco respecto a la baja incidencia de neoplasias primarias del como las que se encuentran descritas en la bibliografía y ba en desacuerdo con la estadística del sitio primario de aparición de estas neoplasias, siendo el tercio medio quien ocupa el segundo lugar de incidencia y siendo muy infrecuente el tercio superior como sitio primario de aparición de lesiones esofágicas.

CANCER DE ESOFAGO; DISTRIBUCION POR SEXO

HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA"

I.S.S.S.T.E

1° DE NOVIEMBRE DE 1989 AL 31 DE OCTUBRE DE 1994

CUADRO 1

SEXO	No. DE PACIENTES	PORCENTAJE
MASCULINO	14	87.6%
FEMENINO	2	12.4%
TOTAL	16	100%

FUENTE: ARCHIVO DE PATOLOGIA; HOSP. IGNACIO ZARAGOZA I.S.S.S.T.E.

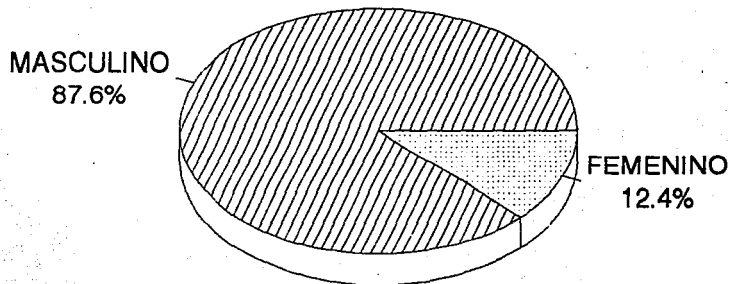
DISTRIBUCION DEL CANCER DE ESOFAGO POR SEXO

HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA"

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

1º DE NOVIEMBRE DE 1989 AL 31 DE OCTUBRE DE 1994

GRAFICA 1



FUENTE: ARCHIVO DE PATOLOGIA: HOSP. IGNACIO ZARAGOZA I.S.S.S.T.E.

CANCER DE ESOFAGO; DISTRIBUCION POR LOCALIZACION

HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA"

I.S.S.S.T.E

1° DE NOVIEMBRE DE 1989 AL 31 DE OCTUBRE DE 1994

CUADRO 2

LOCALIZACION	No. DE CASOS	PORCENTAJE
TERCIO PROXIMAL	12	75.2%
TERCIO MEDIO	3	18.6%
TERCIO DISTAL	1	6.2%
TOTAL	16	100%

FUENTE: ARCHIVO DE PATOLOGIA; HOSP. IGNACIO ZARAGOZA I.S.S.S.T.E.

CANCER DE ESOFAGO; DISTRIBUCION POR LOCALIZACION

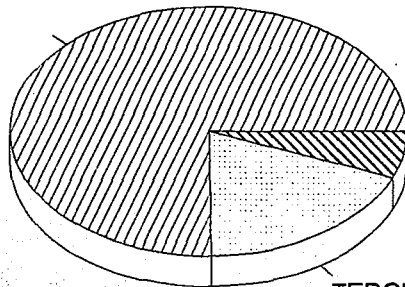
HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA"

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

1° DE NOVIEMBRE DE 1989 AL 31 DE OCTUBRE DE 1994

GRAFICA 2

TERCIO PROXIMAL
75.2%



TERCIO DISTAL
6.2%

TERCIO MEDIO
18.6%

FUENTE: ARCHIVO DE PATOLOGIA; HOSP. IGNACIO ZARAGOZA I.S.S.S.T.E.

Cuadro No. 3 y Gráfica No. 3.
Cáncer de esófago distribución por tipo histopatológico.

De acuerdo a los hallazgos de localización en la experiencia del hospital era de esperarse que así como no es frecuente el hallazgo de lesiones en el tercio superior, sino en el tercio inferior, era de esperarse que el tipo histológico más frecuentemente encontrado fuera para el adenocarcinoma con un 74.8% con sus distintas variedades de diferenciación, siendo el moderadamente diferenciado el que más predominio tubo presentandose en 68.2% de las neoplasias. El carcinoma epidermoide se presenta como es de suponerse en 24.8% de el total de las neoplasias encontrandose de predominio en el tercio medio y un solo caso en el tercio distal.

Gráfica No. 4.
Cáncer de esófago Distribución por grupos etareos.

Respecto a este rubro habría que hacer notar que la mayor incidencia se presenta en la 6a y 7a decadas de la vida con un 37.2% para ambos grupos es decir 6 pacientes para cada grupo. El paciente más joven se encontraba con 43 años en el momento del diagnóstico y el más viejo con 78 años, ningun paciente sobre paso la 8a decada de la vida.

Es evidente que las neoplasias del esófago son de mal pronóstico a mediano plazo por lo que es posible que contribuya a que no se presente en edades tardias.

El resto de los pacientes se distribuyó en la 4a y 5a decada de la vida tambien con una distribución homogenea.

Cuadro no. 4 y gráfica no.5
Cáncer de estómago distribución por sexo

La distribución por sexos se presento de una manera más o menos homogenea entre los dos sexos, con un ligero predominio para el sexo femenino con 42 pacientes (57.12%) contra 31 hombres (42.76). en este rubro nuestra estadística funciona de la misma manera que la bibliografía publicada.

CANCER DE ESOFAGO; DISTRIBUCION POR TIPO HISTOLOGICO

HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA"

I.S.S.S.T.E

1º DE NOVIEMBRE DE 1989 AL 31 DE OCTUBRE DE 1994

CUADRO 3

TIPO HISTOLOG.	No. DE CASOS	PORCENTAJE
CARC. EPIDERMOIDE	4	24.6%
ADENOCARCINOMA MODERADAMENTE DIFERENCIADO	11	69.2%
ADENOMA POCO DIFERENCIADO	1	6.2%
TOTAL	16	100%

FUENTE: ARCHIVO DE PATOLOGIA; HOSP. IGNACIO ZARAGOZA I.S.S.S.T.E.

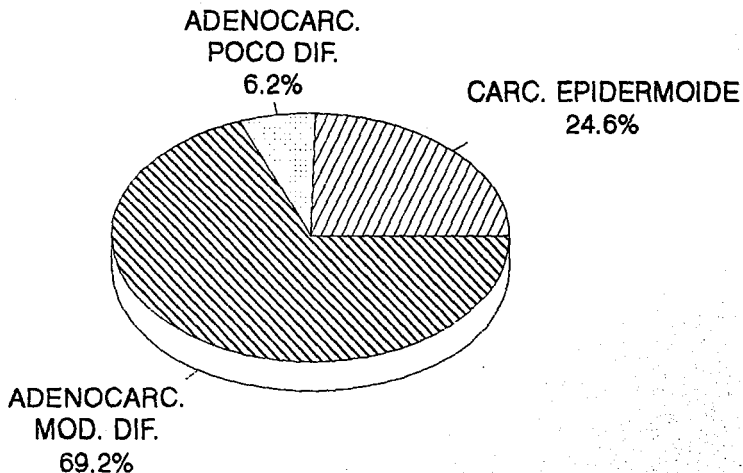
CANCER DE ESOFAGO; DISTRIBUCION POR TIPO HISTOLOGICO

HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA"

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

1º DE NOVIEMBRE DE 1989 AL 31 DE OCTUBRE DE 1994

GRAFICA 3



FUENTE: ARCHIVO DE PATOLOGIA; HOSP. IGNACIO ZARAGOZA I.S.S.S.T.E.

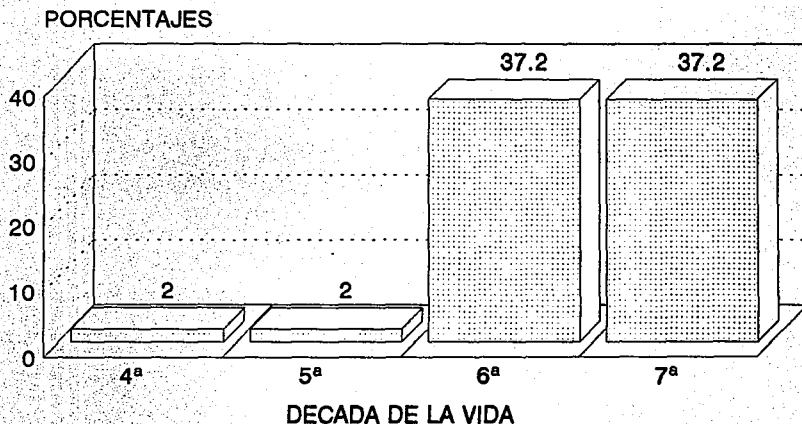
DISTRIBUCION DE CANCER DE ESOFAGO POR EDAD

HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA"

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

1º DE NOVIEMBRE DE 1989 AL 31 DE OCTUBRE DE 1994

GRAFICA 4



FUENTE: ARCHIVO DE PATOLOGIA; HOSP. IGNACIO ZARAGOZA I.S.S.S.T.E.

CANCER DE ESTOMAGO; DISTRIBUCION POR SEXO

HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA"

I.S.S.S.T.E

1° DE NOVIEMBRE DE 1989 AL 31 DE OCTUBRE DE 1994

CUADRO 4

SEXO	No. DE CASOS	PORCENTAJE
MASCULINO	31	42.76%
FEMENINO	42	57.24%
TOTAL	73	100%

FUENTE: ARCHIVO DE PATOLOGIA: HOSP. IGNACIO ZARAGOZA I.S.S.S.T.E.

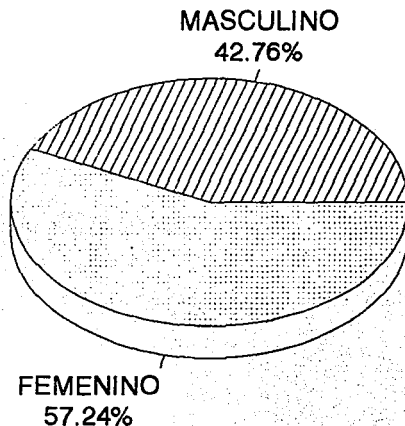
CANCER DE ESTOMAGO; DISTRIBUCION POR SEXO

HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA"

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

1° DE NOVIEMBRE DE 1989 AL 31 DE OCTUBRE DE 1994

GRAFICA 5



FUENTE: ARCHIVO DE PATOLOGIA; HOSP. IGNACIO ZARAGOZA I.S.S.S.T.E.

Gráfica no. 6**Cáncer gástrico distribución por localización.**

Distribución de acuerdo a la localización de la neoplasia dentro de el estómago fué más o menos homogénea, encontrándose exclusivamente un predominio para el antro en el que se vio una clara evidencia de predominio con 34 pacientes que corresponde al 46.24 % de las neoplasias gástricas, casi la mitad del total, el resto se encontró distribuido en la curvatura mayor con 6 pacientes (8.16%), la curvatura menor 12 pacientes (16.32), el píloro con 10 pacientes (16.32%) el fondo gástrico con 7 pacientes (9.52%) y las neoplasias diseminadas que no fue posible detectar el sitio de origen primario de la neoplasia y evidentemente con invasión de órganos adyacentes y mal pronóstico con 4 pacientes (5.44%).

Gráfica no. 7**Cáncer gástrico distribución por grupos etareos.**

En lo que respecta a los grupos etareos el cáncer gástrico se distribuyó con un predominio en las edades tardías de la vida siendo el predominio para la 6a y 7a década de la vida con 27.20 y 23.12% respectivamente, el resto de los grupos etareos se repartieron de la siguiente manera. 3a década de la vida con 6.8% de el total, 4a década de la vida con 9.52%, 5a década con 17.6 % y en la octava década con 14.97%.

Lo anterior demarca una evidente tendencia a aumentar el riesgo de padecer esta neoplasia conforme se incrementa la edad, con un predominio en meseta en las 6a y 7a décadas.

El paciente con menor edad al momento de el diagnóstico tenía apenas 32 años de edad, lo que habría de presuponer que el paciente tiene factores predisponentes importantes, para el desarrollo de esta neoplasia, motivo de investigaciones epidemiológicas. Por otro lado el paciente con mayor edad se encontraba con 82 años.

Gráfica No. 8**Cáncer gástrico distribución por tipo histológico.**

El cáncer gástrico se comporta de manera homogénea a los reportes mundiales demostrando un claro predominio para el adenocarcinoma independientemente de sus variedades o

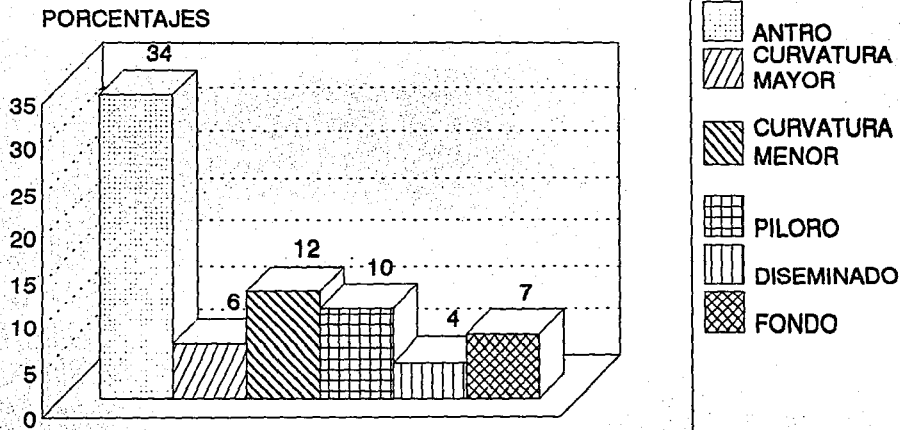
CANCER DE ESTOMAGO; DISTRIBUCION POR LOCALIZACION

HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA"

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

1º DE NOVIEMBRE DE 1989 AL 31 DE OCTUBRE DE 1994

GRAFICA 6



FUENTE: ARCHIVO DE PATOLOGIA; HOSP. IGNACIO ZARAGOZA I.S.S.S.T.E.

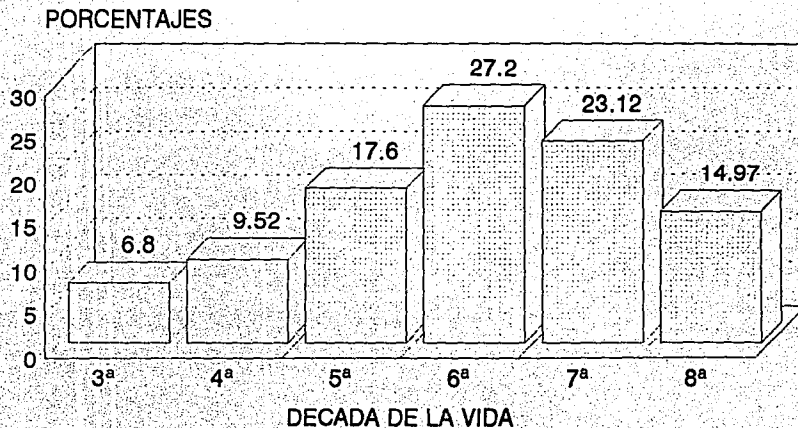
CANCER DE ESTOMAGO; DISTRIBUCION POR EDAD

HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA"

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

1° DE NOVIEMBRE DE 1989 AL 31 DE OCTUBRE DE 1994

GRAFICA 7



FUENTE: ARCHIVO DE PATOLOGIA; HOSP. IGNACIO ZARAGOZA I.S.S.S.T.E.

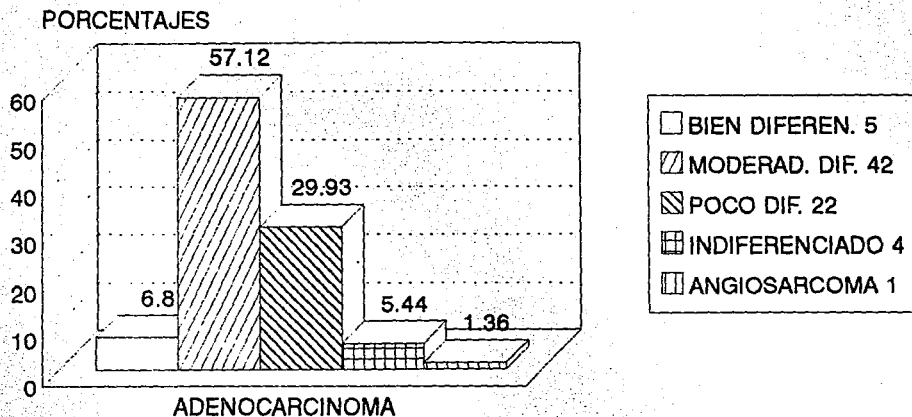
CANCER DE ESTOMAGO; DISTRIBUCION POR HISTOPATOLOGIA

HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA"

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

1º DE NOVIEMBRE DE 1989 AL 31 DE OCTUBRE DE 1994

GRAFICA 8



FUENTE: ARCHIVO DE PATOLOGIA: HOSP. IGNACIO ZARAGOZA I.S.S.S.T.E.

rangos de diferenciación, siendo 72 pacientes quienes lo presentaron lo que representa 97.92%, solo un paciente presento un angiosarcoma que representa el 1.38%.

Cuadro no.5 y gráfica no.9
Cáncer de Intestino delgado distribución por sexo.

Es evidente que por ser el sitio de mayor superficie que tenemos en el tubo digestivo debería de ser uno de los sitios más frecuentemente lesionados por las neoplasias, sin embargo esto no es así, como se reporta en la bibliografía mundial y corroboramos en nuestro estudio, las neoplasias del tubo digestivo en el segmento del intestino delgado que comprende para fines prácticos de nuestra estadística el duodeno, el yeyuno y el ileon, en nuestra experiencia solo se presentaron 5 casos. de stos 2 fueron masculinos con 40% del total y 3 femeninos con 60% de el mismo.

Gráfica no.10,
Cáncer del intestino delgado distribución por localización y tipo histológico.

De las 5 neoplasias localizadas en este segmento 1 se encontro en el duodeno, 3 en el yeyuno y 1 en el ileon.

Esto corresponde a las estadísticas previas donde se invocan un sin numero de condiciones que en apariencia protegen al intestino delgado en sus diferentes porciones de la deformación celular y producción de neoplasias.

En lo que respecta a su tipo histológico, el adenocarcinoma fué el más frecuentemente encontrado, con 3 neoplasias (60%). un Schwannoma, el cual se encontro en el ileon y que histopatologicamente fué categorizado con grado de malignidad, y un leiomiocarcinoma que se encontraba en la porción final del ileon. ocupando un 20% respectivamente para cada neoplasia.

Al hablar ahora de cáncer de colon habra que hacerlo de una manera distinta al resto de las neoplasias del tubo digestivo en este caso lo hemos dividido para su clasificación de una manera arbitraria, en estos parrafos analizaremos primero lo que corresponde a lo que clasicamente se maneja como colon ascendente, transversal y descendente integrando en estos el ángulo hepático, esplénico y el sigmoidees y habremos de tratar por separado el cancer de recto, ya que por su alta incidencia en

CANCER DE INT. DELGADO; DISTRIBUCION POR SEXO

HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA"

I.S.S.S.T.E

1° DE NOVIEMBRE DE 1989 AL 31 DE OCTUBRE DE 1994

CUADRO 5

SEXO	No. DE CASOS	PORCENTAJE
MASCULINO	2	40%
FEMENINO	3	60%
TOTAL	5	100%

FUENTE: ARCHIVO DE PATOLOGIA; HOSP. IGNACIO ZARAGOZA I.S.S.S.T.E.

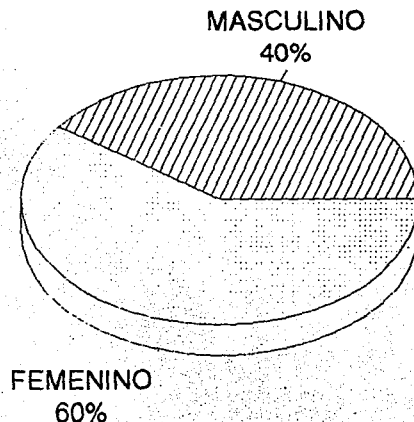
CANCER DE INTES. DELGADO; DISTRIBUCION POR SEXO

HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA"

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

1º DE NOVIEMBRE DE 1989 AL 31 DE OCTUBRE DE 1994

GRAFICA 9



FUENTE: ARCHIVO DE PATOLOGIA; HOSP. IGNACIO ZARAGOZA I.S.S.S.T.E.

CANCER DE INTES. DELGADO; DISTRIBUCION POR TIPO HISTOPATOLOGICO

HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA"

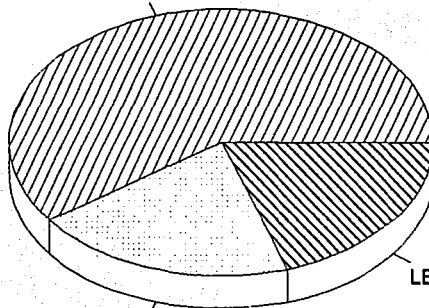
I.S.S.S.T.E.

1º DE NOVIEMBRE DE 1989 AL 31 DE OCTUBRE DE 1994

GRAFICA 10

ADENOCARCINOMA

60%



LEIOMIOSARCOMA

20%

SCHWANOMA

MALIGNO

20%

FUENTE: ARCHIVO DE PATOLOGIA; HOSP. IGNACIO ZARAGOZA I.S.S.S.T.E.

nuestra estadística es digno de ser mencionado de manera individual.

Cuadro no.6 y gráfica no.11

Cáncer de colon Distribución por sexo.

En este parametro notaremos que el cáncer de colon se distribuye de una manera por de más uniforme ya que en esta muestra se reparten con exactamente el 50 % de casos para hombres y para mujeres, siendo la relacion de 1 a 1 para ambos sexos.

Gráfica no.12.

Cáncer de colon distribución por localización.

Los sitios de localización de las neoplasias que se desarrollan en el colon son de relevante importancia, ya que como vimos en la introducción de este trabajo el conocimiento de la distribución de los ganglios y su manera de diseminación son de vital importancia para el tratamiento de las lesiones de una manera curativa. En nuestro estudio el cáncer de colon se presentó en un 40 % en el colon derecho, un 20 % para el colon izquierdo, el ángulo hepático presento 5% de los casos y el esplénico el 7.5%, el colon transverso presento un 15 % del total de las lesiones neoplásicas y en un 12.5 el tumor se encontraban completamente diseminado, donde no fue posible determinar el sitio de el primario, habra que hacer notar que en uno de estos casos el paciente presento durante su vida una prolongada exposición a los rayos X.

Gráfica No. 13.

Cáncer de colon Distribución por histología.

Histológicamente las neoplasias desarrolladas en el colon fueron todas adenocarcinomas con un mayor o menor grado de diferenciación, siendo bien diferenciados 5 tumoraciones (12.5%), poco diferenciados 9 (22.5%), moderadamente diferenciados 25 tumoraciones (62.5) y un anaplásico (2.5%).

CANCER DE COLON; DISTRIBUCION POR SEXO

HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA"

I.S.S.S.T.E

1° DE NOVIEMBRE DE 1989 AL 31 DE OCTUBRE DE 1994

CUADRO 6

SEXO	No. DE CASOS	PORCENTAJE
MASCULINO	20	50%
FEMENINO	20	50%
TOTAL	40	100%

FUENTE: ARCHIVO DE PATOLOGIA; HOSP. IGNACIO ZARAGOZA I.S.S.S.T.E.

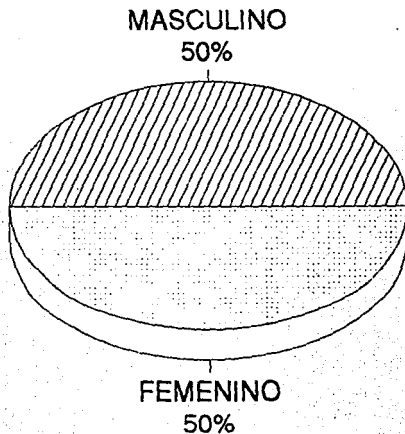
CANCER DE COLON; DISTRIBUCION POR SEXO

HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA"

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

1° DE NOVIEMBRE DE 1989 AL 31 DE OCTUBRE DE 1994

GRAFICA 11



FUENTE: ARCHIVO DE PATOLOGIA; HOSP. IGNACIO ZARAGOZA I.S.S.S.T.E.

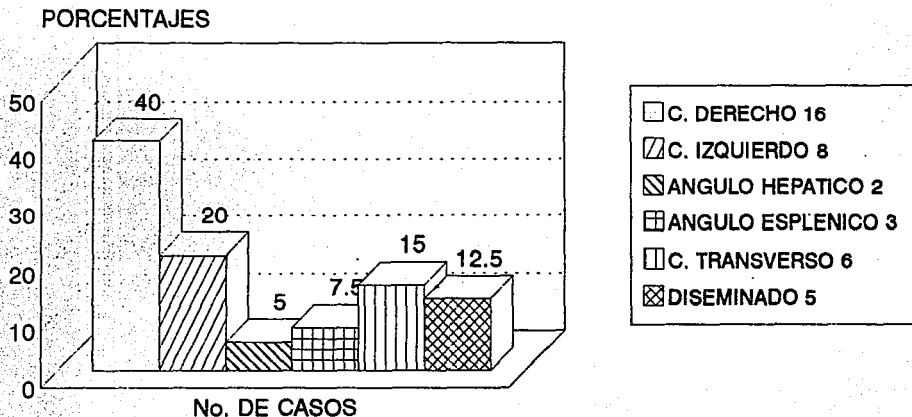
CANCER DE COLON; DISTRIBUCION POR LOCALIZACION

HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA"

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

1° DE NOVIEMBRE DE 1989 AL 31 DE OCTUBRE DE 1994

GRAFICA 12



FUENTE: ARCHIVO DE PATOLOGIA; HOSP. IGNACIO ZARAGOZA I.S.S.S.T.E.

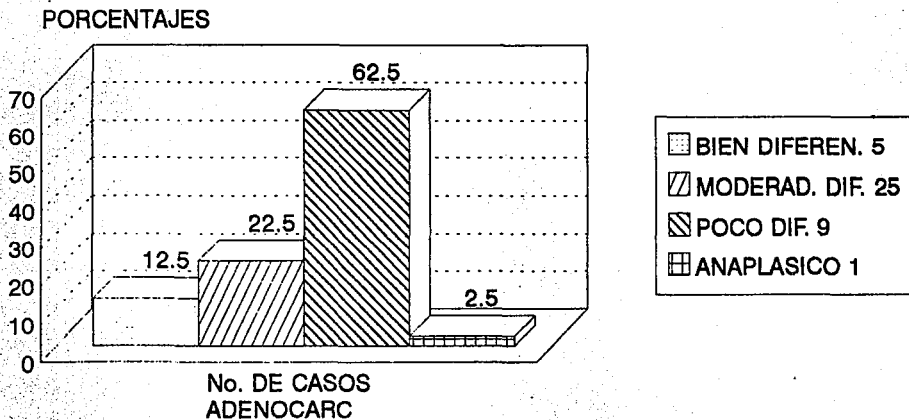
CANCER DE COLON; DISTRIBUCION POR HISTOPATOLOGIA

HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA"

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

1º DE NOVIEMBRE DE 1989 AL 31 DE OCTUBRE DE 1994

GRAFICA 13



FUENTE: ARCHIVO DE PATOLOGIA: HOSP. IGNACIO ZARAGOZA I.S.S.S.T.E.

Gráfica 14.

Cáncer de colon Distribución por edad.

En este rubro habremos de hacer notar de manera especial la incidencia que se presenta en un infante de la primera década, con una distribución entre las 8 décadas de la vida, ya que también tuvimos un menor en la segunda década. Apartir de estos casos esporádicos, la incidencia comienza a subir en una manera proporcional a la descrita en la bibliografía mundial, siendo en nuestra incidencia en la 3a década 5%, la 4a década 5% más y apartir de la 5a década aumenta drásticamente hasta la 6a década con 15% y 27.5% respectivamente para declinar paulatinamente y mantenerse estable en la incidencia en la 7a y 8a décadas con 22.5 y 20% de incidencia.

El paciente con menor edad fué de 4 años y el de mayor de 82 años.

Cuadro No. 7 y gráfica No. 15.

Cáncer de Recto distribución por edad.

Si consideráramos al cáncer rectal como lo haremos ahora, sería uno de los primeras neoplasias en incidencia en nuestro medio y en nuestra población, por si sola tubo una incidencia de 28 casos, de los que se dividieron en 16 Hombres (57.12%) y 12 mujeres (42.84%), teniendo una proporción casi de 1 a 1.

Gráfica No. 16.

Cáncer de recto, distribución por tipo Histopatológico.

El adenocarcinoma fué el que más predominó, con diferentes grados de diferenciación respecto a las células de origen.

Tuvimos 2 casos (7.91%), poco diferenciados o caso (17.55%), 13 moderadamente diferenciados (46.41%), un caso de metástasis de un primario desconocido por lo que se incluyó en el estudio, aún cuando se consideraban como criterios de exclusión. Tuvimos dos casos de leucemia que se detecto en lesiones tumorales de el colon y que de hecho fue la primera manifestación de la neoplasia. (7.41%), y 5 leiomiomasarcomas neoplasias poco frecuentes pero de gran malignidad (17.85%).

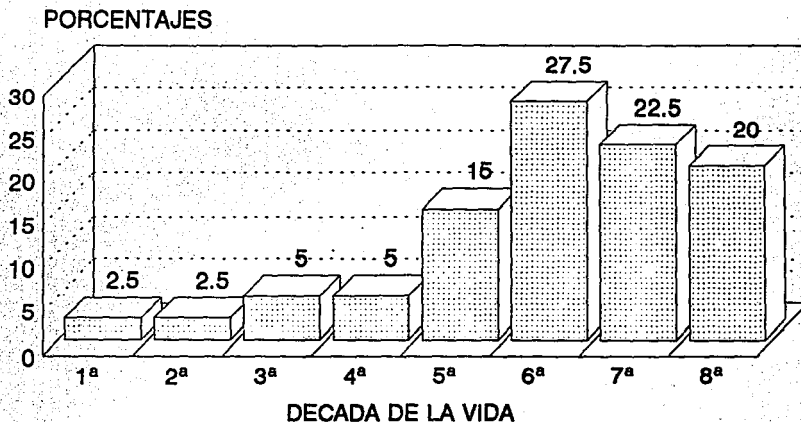
CANCER DE COLON; DISTRIBUCION POR EDAD

HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA"

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

1º DE NOVIEMBRE DE 1989 AL 31 DE OCTUBRE DE 1994

GRAFICA 14



FUENTE: ARCHIVO DE PATOLOGIA; HOSP. IGNACIO ZARAGOZA I.S.S.S.T.E.

CANCER DE RECTO; DISTRIBUCION POR SEXO

HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA"

I.S.S.S.T.E

1º DE NOVIEMBRE DE 1989 AL 31 DE OCTUBRE DE 1994

CUADRO 7

SEXO	No. DE CASOS	PORCENTAJE
MASCULINO	16	57.16%
FEMENINO	12	42.84%
TOTAL	28	100%

FUENTE: ARCHIVO DE PATOLOGIA; HOSP. IGNACIO ZARAGOZA I.S.S.S.T.E.

CANCER DE RECTO; DISTRIBUCION POR SEXO

HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA"

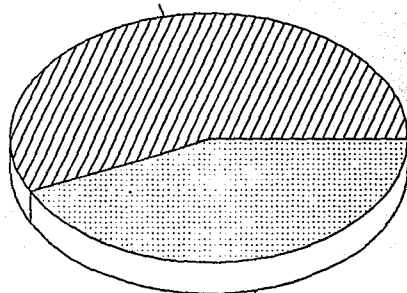
I.S.S.S.T.E.

1º DE NOVIEMBRE DE 1989 AL 31 DE OCTUBRE DE 1994

GRAFICA 15

MASCULINO

57.16%



FEMENINO

42.84%

FUENTE: ARCHIVO DE PATOLOGIA; HOSP. IGNACIO ZARAGOZA I.S.S.S.T.E.

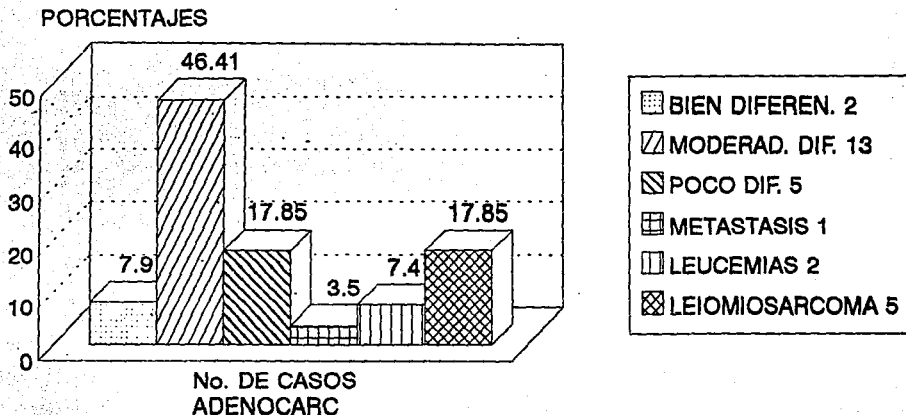
CANCER DE COLON; DISTRIBUCION POR HISTOPATOLOGIA

HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA"

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

1° DE NOVIEMBRE DE 1989 AL 31 DE OCTUBRE DE 1994

GRAFICA 16



FUENTE: ARCHIVO DE PATOLOGIA; HOSP. IGNACIO ZARAGOZA I.S.S.S.T.E.

Gráfica No. 17.**Cáncer de recto distribución por edad.**

La distribución etaria en este caso es proporcional también a la edad en que se encuentra el sujeto que presenta la lesión, en este estudio el paciente con la menor edad se trató de un escolar de 8 años, la mayor edad en un paciente de 89 años, en esta estadística es importante mencionar a 2 hermanas que presentan 2 años de diferencia en la edad y 2 lesiones adenocarcinomatosas en el recto. La 3a y 4a década de la vida tienen un 10.71%, la 5a década ocupa el segundo lugar con 24.99% y la 6a década presenta un 28.56%. La incidencia baja en las siguientes dos décadas con 14.28 y 7.14 % para la 7a y 8a décadas respectivamente.

La manera de presentarse de estas neoplasias es característica a la de las demás neoplasias del colon, solo que su estadística es mucho más alta a la del resto de el órgano.

Respecto a el resto de los órganos que integran el aparato digestivo solo haremos una revisión somera de la incidencia de lesiones que se presentan, para al final poder integrar de manera completa la estadística de distribución de las lesiones en el aparato digestivo.

Gráfica No. 18**Cáncer de la vesícula biliar distribución**

Respecto a las neoplasias de la vesícula biliar habremos de mencionar que tiene también una de los primeros lugares en la incidencia de neoplasias del aparato digestivo, siendo definitivamente el predominio entre las mujeres con un 85.1% de los casos contra solo el 14.8% de los hombres, las lesiones tumorales fueron todas Adenocarcinomas de diferentes grados de diferenciación, con un predominio para la moderadamente diferenciada.

Gráfica No. 19**Cáncer de Hígado distribución por sexo.**

Respecto a las lesiones neoplásicas del hígado habrá que mencionar que en este órgano la preponderancia es para las lesiones metastásicas superando por mucho a las lesiones primarias; sin embargo hay que mencionar que las metástasis fueron excluidas de este estudio. Por lo que nos concretaremos a decir que el porcentaje de incidencia es de 50% para hombres y mujeres una relación de 1 a 1.

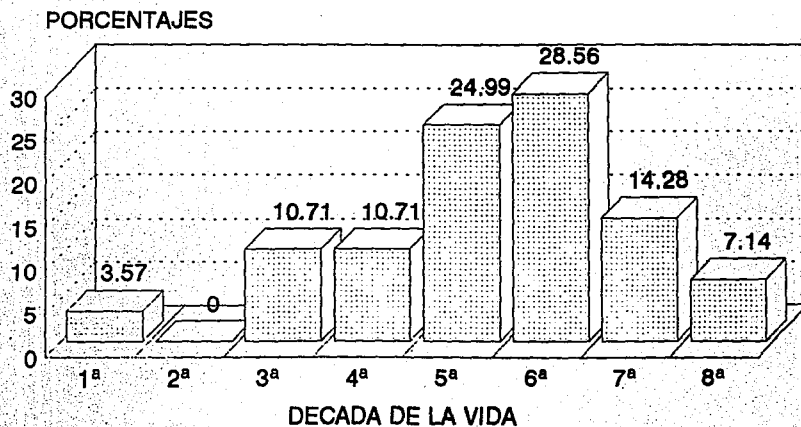
CANCER DE COLON; DISTRIBUCION POR EDAD

HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA"

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

1º DE NOVIEMBRE DE 1989 AL 31 DE OCTUBRE DE 1994

GRAFICA 17



FUENTE: ARCHIVO DE PATOLOGIA; HOSP. IGNACIO ZARAGOZA I.S.S.S.T.E.

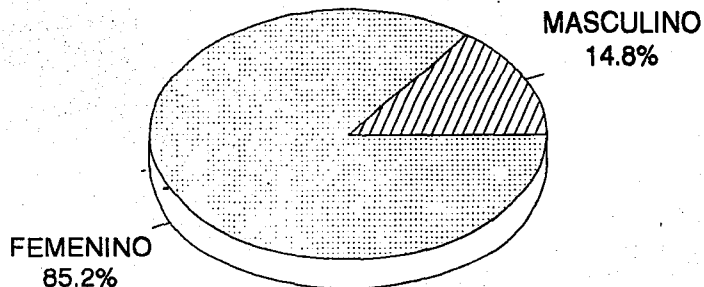
CANCER DE VESICULA BILIAR; DISTRIBUCION POR SEXO

HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA"

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

1º DE NOVIEMBRE DE 1989 AL 31 DE OCTUBRE DE 1994

GRAFICA 18



FUENTE: ARCHIVO DE PATOLOGIA; HOSP. IGNACIO ZARAGOZA I.S.S.S.T.E.

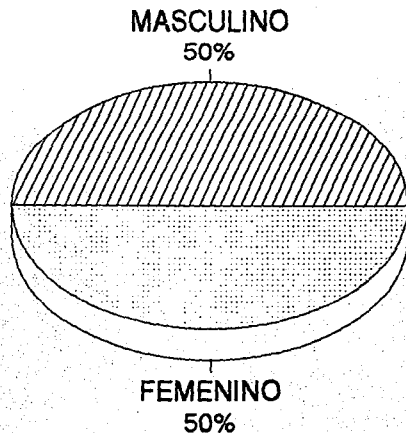
CANCER DE HIGADO; DISTRIBUCION POR SEXO

HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA"

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

1º DE NOVIEMBRE DE 1989 AL 31 DE OCTUBRE DE 1994

GRAFICA 19



FUENTE: ARCHIVO DE PATOLOGIA; HOSP. IGNACIO ZARAGOZA I.S.S.S.T.E.

Gráfica no. 20**Cáncer del páncreas distribución por sexo.**

El páncreas es otro de los órganos que habremos de mostrar de una manera somera, su incidencia en nuestra unidad fue muy baja con solo 3 casos, 2 mujeres (66.6%) y 1 hombre (33.3%); siendo de estos 2 adenocarcinomas y un carcinoma insular.

Gráfica No. 21**Cáncer del apéndice cecal.**

Una de las lesiones más raras en nuestra unidad, donde se practican innumerables procedimientos de apendicectomía, solo tenemos registrado un caso en estos 5 años y correspondió a una Mujer con un carcinoide en el tipo histopatológico.

Gráfica No. 22**Cáncer de tubo digestivo incidencia general.**

En terminos generales podremos concluir lo siguiente: Las neoplasias del tubo digestivo se distribuyen de la siguiente manera. Cáncer de esófago con 7.84 % de el total de las neoplasias del tubo digestivo con 16 casos. El cáncer de estómago es de 35.77% con 73 casos, el cancer de intestino delgado con 2.45% de el total de las neoplasias, el colon con 19.6% de el total, el cáncer de recto tiene un 13.72, el cáncer del apéndice cecal tiene una incidencia de 0.49%, es el menos frecuente de todas las neoplasias del tubo digestivo, es de llamar la atención que el cáncer de vesícula biliar ocupe un lugar muy alto dentro de nuestras estadísticas con 13.23 %, equiparandose en incidencia al de recto. Las neoplasias pancreáticas y del hígado son menos frecuentes como tumoraciones primarias de estos órganos.

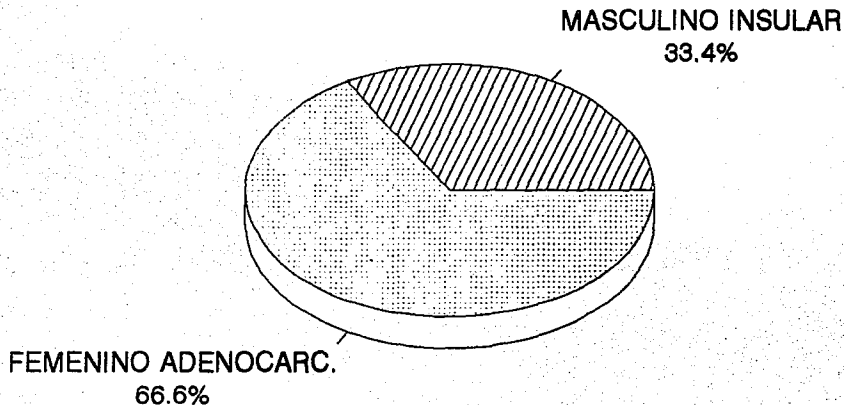
CANCER DE PANCREAS; DISTRIBUCION POR SEXO Y TIPO HISTOPATOL.

HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA"

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

1° DE NOVIEMBRE DE 1989 AL 31 DE OCTUBRE DE 1994

GRAFICA 20



FUENTE: ARCHIVO DE PATOLOGIA; HOSP. IGNACIO ZARAGOZA I.S.S.S.T.E.

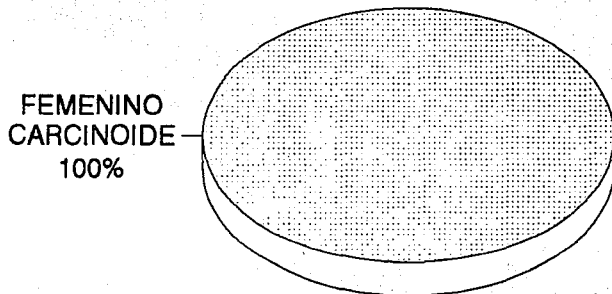
CANCER DE APENDICE; DISTRIBUCION POR SEXO Y TIPO HISTOPATOL.

HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA"

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

1° DE NOVIEMBRE DE 1989 AL 31 DE OCTUBRE DE 1994

GRAFICA 21



FUENTE: ARCHIVO DE PATOLOGIA; HOSR. IGNACIO ZARAGOZA I.S.S.S.T.E.

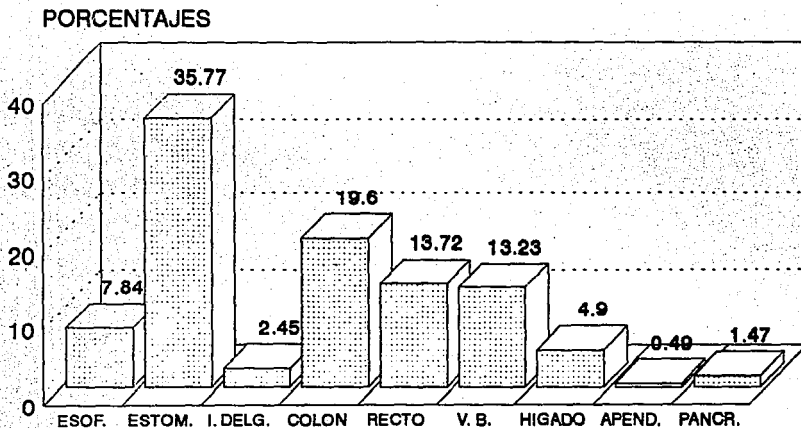
CANCER DEL APARATO DIGESTIVO; DISTRIBUCION POR ORGANO

HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA"

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

1° DE NOVIEMBRE DE 1989 AL 31 DE OCTUBRE DE 1994

GRAFICA 22



FUENTE: ARCHIVO DE PATOLOGIA; HOSP. IGNACIO ZARAGOZA I.S.S.S.T.E.

CONCLUSIONES.

En conclusión tenemos en claro lo siguiente:

Se analizaron de un total de 22,894 registros del archivo de patología un total de 203 neoplasias del tubo digestivo las cuales se distribuyeron y ocuparon los siguiente sitios en orden de frecuencia.

El cáncer gástrico es la neoplasia más frecuentemente encontrada en nuestra unidad, tiene casi una tercera parte de la incidencia del total con un 35.77%.

El cáncer de colon ocupa el segundo lugar de la incidencia de neoplasias del tubo digestivo en nuestro hospital con un total de 40 biopsias con diagnóstico corroborado esto representa un 19.6% del total.

El cáncer de recto ocupa el tercer lugar dentro de la incidencia de neoplasias del tubo digestivo, con un 13.72% de casos. Es decir 28 diagnósticos por histopatología de otras tantas muestras recibidas.

El cáncer de recto ocupa el cuarto lugar en incidencia de neoplasias en el tubo digestivo con 28 casos (13.72%).

El quinto lugar corresponde a las lesiones neoplásicas de la vesícula biliar habra que hacer notar que de las vías biliares solo se incluye un caso de lesión primaria del coledoco de el total de 27 casos que corresponde al 13.24 % de el total de 204 neoplasias.

El cáncer de esófago ocupa el sexto lugar de el resto de las lesiones neoplásicas con solo el 7.84% de las lesiones de las que habremos de mencionar que la mayoría fueron de la unión gastroesofágica.

El resto de los órganos ocupan con menos de 5 % el resto de los lugares en la escala descendente de neoplasias el apéndice cecal solo 1 caso que corresponde a 0.49%.

BIBLIOGRAFIA.

- 1.- Stewart JR. *Improvend Survival with Neoadyuvant Therapy for Adenocarcinoma of the Esophagus.* Ann Surg 218.4, Apr 1993. 571-8.
- 2.- Kato H. *Superficial Esophageal Carcinoma.* Cancer Dec 1990;66.11. 2319-23.
- 3.- Okuma T. *Prognosis in Esofophageal Carcinoma with Cervical Lymph Metastases.* Surg114.3. sep 1993. 513-8.
- 4.- JEOG. *Surgery for Esophageal Carcinoma.* CHEST 104.1 July 1993. 203-7.
- 5.- Knyrim K..*Esophageal Obstruction due to Inoperable Cancer.* New Eng J Med 329.18, Oct 28,1993. 1302-7.
- 6.- Knyrim K..*Stents for Palliation od Dysphagia Due Oesophageal Cancer.* New Eng J Med 329, 18, oct 1993. 1345-46.
- 7.- Rahamim J. *Oesophagogastrrectomy for Carcinoma of the Oesophagus and cardias.* Br. J Surg 80. oct 1993 1305 - 1309.
- 8.- Mannell A.*Evaluation of Oesophagectomy for Oesophagus Carcinoma.* Br. j Surg 78, 1 Jan 1991. 36-40
- 9.- Griffin. *Esofagectomia para Cancer por Infiltración recurrente.* Surg 126. Jul 1992. 416-9.
- 10.- Schwarz RJ. *Management of Stage IE and IIE Gastric Lymphomas* Am J surg 165 May 1993 561 -5.
- 11.- Gregorio DC. *Gastric Dysplasi.* Am J Gastro 88.10 Jun 1993. 1714 - 9.
- 12.- Edit. *A Current View of Gastric Cancer in the US.* ANN Surg 218.5.Nov 1993. 579 -82.
- 13.- Wanebo HJ. *Cancer of the Stomach.* Ann Surg. 218.5 Nov 1993; 583 - 93

- 14.- Shiu MH Selection of Operative Procedure for Adenocarcinoma of the Stomach. *Ann surg.* 192,6 Dec 1980 730 -737.
- 15.- Iriyama K. Is Extrensive Lynphadenectomy Necessary for Surgical Treatment of Intramucosal Carcinoma of the Stomach. *Arch Surg* 124, Mar 1989. 309 - 11.
- 16.- Chester JF. Modificación Técnica de la Gastrectomía Radical por vía Abdominal. *Br J Surg* 2,3. Sep 1989. 213-7.
- 17.- Allum WH. Cancer Gástrico. *Br J Surg* 76,2 Jun 1989. 207 -12.
- 18.- Heerden JV. *Surg Clin North Am.* 1992 Philadelphia . Saunders.
- 19.- Jin. Surgery in 6589 Gastric Cancer Patients. *Ann Surg* 216,3 sep 1992, 315-9
- 20.- Hermann RR. New Concepts of Tratament of Cancer Stomach. *Surg* 113,4. sep 1993. 361-4.
- 21.- Moreaux J. Early Gastric Cancer *Ann Surg* 217,4. Apr 1993. 347-55.
- 22.- Coeverden FV. Peutz - Jeghers Syndrome. *Surg Gynecol & Obs.* 162 Jul-Ago 1986. 426-32.
- 23.- Boockwith PS outlet of Duodenal Adenoma in Poliposis Familiar. *Arch Surg* 126. Jul 1991. 825-8.
- 24.- Shiller M. The Brown bowel Sybdrom Associated with Jejunal Carcinoma. *Am J Gastro* 88,10. oct 1993. 1788-93
- 25.- Adekúbe. Leiomyosarcoma and Ameboma of the Rectum. *Dis col & rec* Mar 1986.
- 26.- Saldahiros. Relationship between Lenght and Surface os Each Segment of Large Intestine and Cancer Colorectal. *Cancer* July 1991 84-87.

- 27.- Heiss MM. Autologous Blood Transfusion on Colorectal Cancer Surgery. Lancet. 342, Nov 1993. 1328-1333.
- 28.- Well AL. Increased Risk of Colorectal Cancer. Br J Surg Jun 1993. 783-7.
- 29.- Melle. Multicentric cel Tumor of the Colon. Am J Gastro 88.10. Sep 1993 1785-7.
- 30.- Wetherall AP. Anastomotic Stricture and Rectal Cancer. BR J Surg 80. Jun 1993. 788-93.
- 31.- Glasser Endorectal US of Colorectal Cancer. Ann Surg 88.10 Jul 1992 312-5.
- 32.- Phalman L. Preoperative Irradiation in Rectal Carcinoma Br. J Surg 80. Oct 1993. 1333-8.
- 33.- Sugita A. Survival with Colorectal Cancer in Ulcerative colitis. Ann Surg 218. 2. feb 1993. 189-95.
- 34.- James DB. Sangre Oculta en heces en Neoplasia Colorectal. Ann Int Med 117. oct 1992 372-86.
- 35.- Jeffrey WM. Ultrasonografía Endoluminal en Cancer Rectal. Surg 112.4. 1992. 832-9.
- 36.- Kannett. Adenocarcinoma arisin a Colorectal Diverticulum. Ann Surg 113.6. sep 1992 . 315-20.
- 37.- Harnsberger. Abdominoplevic Linphadenectomy . Dis Col & Rec Jun 24 1994.73-87.
- 38.- Lecher. Abdominoplevic Omentopex. in rectal Cancer . Dis Col & Rec 35. Nov 1993. 1156-60.
- 39.- Rouanet P. Carcinoma By Local Excision with Radioterapy. Br J Surg 1993. Vol 80 Nov. 1425-50.
- 40.- Zelnik RS. Resultados de Reseccion Abdominoperineal por falla de Radio y Quimioterapia. Dis Col & Rec 39. Jun 1993. 1085-9.
- 41.- Mercati. Reseccion Abdominoperineal. Dis Col & Rec 33. 11. may 1990. 918-23.

- 42.- Cunsolo. Abdominoperineal Resection for Carcinoma of Rectum. *Dis Col & Rec* 393, 11 Nov 1990. 1085-89.
- 43.- Heimann . Surgery Treatment of distal Rectum *Ann Surg* Oct 1992. 216,4; 432-7.
- 44.- Arleen KT. Location Incidenc an Malignan Duodenal gastrinoma *Surg* 110,6. 1991. 1086-91.
- 45.- Axelsson CK. Peroperative fine-needle. Aspiration Biopsy /. *Dis Col & Rec* Jul-Ago 1978. No.5 319-21.
- 46.- Wilking N. Abdominal Exploration For Carcinoma of Colon and Rectum. *Surg Gine & Obs* May 1986. 116. 465-8.
- 47.- Fantini GA. Surveillance Strategies after Resection of Carcinoma of Colon and rectum *Surg Gyn & obs* 171.1990. 267-71.
- 48.- Barone RM. 5-FU and Radiation of hepatic Metastasis. *Dis Col & Rec* sep 1979. 376-81.
- 49.- UICC. TNM Clasificación de Tumores Malignos. Hermanek edit. 4a ed. 1986.
- 50.- Zuidema G>D> Cirugía del Aparato Digestivo Vol I-V. Buenos Aires. Panamericana 1991.
- 51.- Schwartz -Ellis. Operaciones abdominales. Vol 1-2. Buenos Aires Pamnamericana. 8a ed. 1986.
- 52.- Nyhus - Baker. Mastery of Surgery. Vol 1-2. Buenos Aires Panamericana 1992.
- 53.- Davis JH. Clinical Surgery. 1-3. Washington CV Mosby Co. 1987.
- 54.- Schuartz. Principios de Cirugía. Vol 1-2. Buenos Aires. Panamericana. 1990.
- 55.- Goliger J. Cirugía de ano, colon y Recto. México 1990.

ES PREFERIBLE PECAR POR EJECUTIVO QUE
POR INEFICAZ
ES EN EL BALANCE DE LOS ACIERTOS Y
ERRORES DONDE SE
JUZGA EL VALOR DE UNA PERSONA, Y NO SIN
FALTA DE ERRORES
DE QUIEN NO HA SIDO CAPAZ DE TENER
ACIERTOS.
TRISTE COSA ES NO TENER AMIGOS, PERO
SATISFACCION
MAS TRISTE DEBE SER NO TENER ENEMIGOS.
PORQUE QUIEN ENEMIGOS NO TENGA, SEÑAL
ES QUE NO TIENE:
NI TALENTO QUE HAGA SOMERA.
NI CARACTER CON ENERGIA.
NI VALOR QUE LE TEMAN.
NI HONRRA QUE LE MURMUREN.
NI BIENES QUE LE CODICIEN.
NI COSA BUENA QUE LE ENVIDIEN.