

4
2ej. 11209



Universidad

Nacional Autónoma de México

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES
CENTRO MEDICO NACIONAL

**CARCINOMA GASTRICO EN SUJETOS MENORES
DE CUARENTA AÑOS**

**AUTOR: DRA. MA DEL SOCORRO ALONSO SANTAMARIA
MEDICO RESIDENTE DEL CUARTO AÑO EN LA ESPECIALIDAD
DE CIRUGIA GENERAL**

MATRICULA:9502076

**DOMICILIO: CALLE 15 SUR 6925 COL. SAN JOSE MAYORAZGO
PUEBLA, PUE. MEXICO**



**ASESOR: DR. ALVARO ABASCAL ARIAS
DOMICILIO: 2 NORTE 2004 PUEBLA, PUE.**

263123

1998

**TESIS CON
FALLA DE CRICEN**



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 esta 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.

SEÑOR , AYUDANOS A ENTENDER QUE EL IMITAR TUS
SENTIMIENTOS, NO ES DAR MUCHO, SINO TODA LA VIDA
POR LOS DEMÁS, DE TI SEÑOR MI DIOS ESTOY.

II

CON AMOR Y RECONOCIMIENTO A MIS PADRES
CUYOS SACRIFICIOS HAN LOGRADO QUE CUMPLA
ESTA META. SIN FATIGA NI DESCANSO ESTUVIERON
AHÍ CUANDO LOS NECESITE.

A MIS HERMANOS .POR SU PACIENCIA
Y AMOR CONSTANTES

III

ESPECIALMENTE A TI RENE POR EL AMOR Y
ALEGRÍA QUE HAS DADO A MI VIDA

INDICE

INTRODUCCION	1
ANTECEDENTES CIENTIFICOS	7
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	13
OBJETIVO GENERAL	14
OBJETIVOS ESPECIFICOS	14
MATERIAL Y METODOS	15
RESULTADOS	17
DISCUSION	28
CONCLUSIONES	30
BIBLIOGRAFIA	31

26-31-23

INTRODUCCION

CÁNCER GÁSTRICO

La mayoría de los tumores gástricos son malignos y entre ellos el 95% son adenocarcinomas. La incidencia del adenocarcinoma gástrico ha cambiado contundentemente en los últimos 100 años. En 1880 el índice de mortalidad era cercano a 20 por cada 100.000 personas. En 1930 alcanzó su pico máximo de 30/100.000. A partir de esa fecha, la incidencia del cáncer gástrico ha ido disminuyendo. En la actualidad en los Estados Unidos se estima que todos los años mueren 14.000 personas por cáncer gástrico. Este índice de mortalidad es menor de 6/100.000 personas.

Los adelantos en el diagnóstico y tratamiento no son suficientes para explicar esta reducción de la mortalidad. Moertel ha mostrado que 307 pacientes de la Clínica Mayo tuvieron una supervivencia máxima de 7.5 meses con una media de 4 meses.

Japón, Chile e Islandia encabezan la incidencia mundial de carcinomas gástricos con índices que llegan a ser cuatro veces superiores a los observados en los E. U.

El cáncer gástrico se presenta en los grupos socioeconómicos más bajos y en los que ingieren dietas con abundante almidón y pocas frutas y verduras frescas. El consumo de alimentos que contienen ácido ascórbico, que actúa como antagonista de algunos carcinógenos como los nitritos y nitratos, así como la reducción de la ingesta de pickles sustancias muy condimentadas y alimentos ahumados, pueden explicar la reducción de cáncer gástrico observado en los Estados Unidos.

Otras etiologías posibles asociadas con el cáncer gástrico, son la anemia perniciosa y las resecciones gástricas previas. Estudios recientes en la Clínica Mayo sugiere que la proporción de Ca asociado con anemia perniciosa se ha mantenido bajo en los últimos años. También se ha sugerido la asociación del carcinoma gástrico con úlcera, aunque ello puede ser muy raro. Por último la incidencia del carcinoma después del tratamiento quirúrgico de la úlcera péptica benigna, sigue siendo tema de estudio con diversos resultados.

Las neoplasias malignas del estómago se clasifican por su extirpe histológica, su apariencia macroscópica, su topografía, su estadio y su comportamiento biológico.

Extirpe histológica. El 87.9 % de las neoplasias malignas gástricas son adenocarcinomas, el 12.1% restante corresponde a Carcinoma Epidermoide, Linfoma, leiomiomasarcoma, rdbdomiosarcoma, plasmocitoma etc.

El adenocarcinoma puede ser Papilar o Tubular (generalmente son neoplasias bien diferenciadas), y el Acinar o de células en anillo de sello (poco diferenciadas)

El cáncer gástrico se clasifica desde el punto de vista Macroscópico en: Avanzado, al cual corresponde el 94 % y el Superficial al que corresponde el 6 %. Según Borrmann el tipo avanzado presenta cuatro subtipos :

Tipo I Fungoso (36 %)

Tipo II Ulcerado sin infiltración a la mucosa adyacente (25 %)

Tipo III Ulcerado con infiltración a la mucosa adyacente (25%)

Tipo IV Infiltración difusa (14 %)

El carcinoma superficial puede presentarse como un Ca In Situ o tener una difusión superficial, ésta última se muestra como una placa irregular indurada elevada o deprimida sin fijarse a la muscular propia, los pliegues mucosos que la rodean están aplanados.

Por su Topografía se clasifican en : Antro-pilórico 42.78 % , Cuerpo 36.81% Fondo 20.39 %.

Lauren los clasificó según su conducta biológica en Tipo Intestinal (tumor glandular) y el Tipo Difuso (pequeños racimos de células malignas sin formaciones glandulares). Esta clasificación es difícil de emplear ya que un buen número de tumores no puede clasificarse en ninguno de los dos tipos, como los diferenciados que no infiltran y los glandulares que infiltran en forma difusa.

En 1977 Ming dio a conocer una clasificación de los carcinomas gástricos basada en patrones morfológicos, conducta biológica y propuso dos tipos :

TIPO EXPANSIVO : Se caracteriza por agregados de células malignas que mantienen una relación coherente en forma independiente del grado de maduración celular, las masas celulares bien delineadas comprimen a los tejidos vecinos los rechazan lo cual sugiere que la neoplasia crece por expansión. Los agregados celulares están rodeados por bandas delgadas de tejido conjuntivo identificándose linfocito, eosinófilos, neutrófilos y células plasmáticas. Son frecuentes las metástasis intestinales y los cuerpos de Rosel. Es más frecuente en el hombre con un índice de 2:1 y se localiza generalmente en la región antro-pilórica. Macroscópicamente son neoplasias polipoideas y los tipos fungosos pertenecen a este grupo.

TIPO INFILTRANTE : Se caracteriza por una infiltración profunda y densa de células individuales en toda la neoplasia o en la mayoría de las áreas se aprecian pequeños racimos de formaciones glandulares simples. Las células tienen grados variables de diferenciación. Su morfología semeja a células de glándulas pilóricas, la metaplasia es poco frecuente y las bien diferenciadas se observan en anillo de sello. Morfológicamente los de tipo difuso menos los ulcerados y algunos fungosos pertenecen a el tipo infiltrante.

Las diferencias están dadas fundamentalmente por un tipo de crecimiento y por su potencial de penetración e invasión. El expansivo por su limitada capacidad de penetración se circunscribe y forma masas polipoideas o fungosas y el tipo infiltrante generalmente se extiende hacia la periferia.

Desde 1970 se emplea una clasificación dada por el Comité De Estados Unidos Para El Estudio del Estadio del Cáncer Gástrico basada en el grado de penetración del tumor en la mucosa, infiltración ganglionar y metástasis a otros órganos. Estableciéndose así cuatro grados de Ca gástrico:

ESTADIO I	A	T1	N0	M0
	B	T2	N0	M0
	C	T3	N0	M0
ESTADIO II	A	T4	N0	M0
	B	T1	N1	M0
	C	T2	N1	M0
	D	T3	N1	M0
ESTADIO III	A	T1	N2	M0
	B	T2	N2	M0
	C	T3	N2	M0
	D	T4	N2	M0
ESTADIO IV		T1-4	N0-2	M1

En donde T indica penetración de la pared: T1 mucosa, T2 submucosa, T3 serosa estructuras adyacentes y, T4 todas las capas de la pared gástrica conocido como linitis gástrica.

N indica invasión ganglionar, No: no invasiva, N1: invasión a ganglios adyacentes y N2 invasión a ganglios distantes.

M indica metástasis M0: no metastásico y M1 metastásico.

Otras publicaciones , especialmente de origen en Japón , se ha descrito la anatomía patológica del carcinoma gástrico temprano. se trata de lesiones únicas o múltiples, pequeñas, discretas, que están confinadas en la mucosa . En distintas revisiones se ha podido demostrar que las adenopatías tumorales son bastante infrecuentes y que las curaciones de más de 5 años superan el 85 %

Desde el punto de vista macroscópico , el carcinoma gástrico temprano puede ser clasificado en cinco tipos:

TIPO I POLIPOIDE
TIPO IIA ELEVADO
TIPO IIB PLANO
TIPO IIC DEPRIMIDO
TIPO III EXCAVADO

Las lesiones propias del carcinoma temprano tienden a aparecer en el tercio distal del estómago , en especial en la zona de la curvatura menor.

El pronóstico del cáncer gástrico depende tanto de la extensión local y regional de la enfermedad el tipo histológico y el comportamiento biológico del tumor, los cuales pueden afectar adversamente el índice de supervivencia. Hasta de fecha, la sobre vida a 5 años en los pacientes con Ca temprano es de 95 % en países como Japón pero en otros el índice es de 30.3 % . esta diferencia tan importante se debe fundamentalmente a el momento en el que se establece el diagnóstico de aquí la importancia de exactitud diagnóstica tanto clínica, radiológica , endoscópica y anatomopatológica.

Generalmente cuando aparecen signos físicos el carcinoma es incurable. Los hallazgos físicos más frecuentes son la astenia y la pérdida de peso , otros son malestar, anorexia, y adenopatías cervicales . Entre los signos indicadores de estadios avanzados se encuentran parálisis de la cuerda vocal izquierda, tos pertinaz que sugiere fistulización y , hemoptisis.

En muchos casos esos síntomas son vagos y no diagnósticos, y muestran una evolución de por lo menos 6 a 9 meses. El examen físico debe explorar no sólo el abdomen sino también el recto y las óstico de Ca gástrico puede hacerse en el 90 % cuando se emplean estudios con doble contraste. la endoscopia es ampliamente aceptada sobre todo para el diagnóstico de estadios tempranos. Debe considerarse la presencia de posibles lesiones múltiples sincrónicas.

Otros estudios son la Rx de torax, y la TAC de abdomen y de pelvis los cuales nos aportan datos sobre la invasión a órganos adyacentes y de las estructuras retroperitoneales, La broncoscopia puede utilizarse, junto con la esofagoscopia para el estudio de la disfonía y hemoptisis.

Una vez establecido el diagnóstico, el cirujano debe hacer una razonable apreciación de la localización y extensión del tumor. El hígado y los órganos retroperitoneales deben ser explorados, y de tener duda biopsiarlos para establecer su posible compromiso. En general, la posibilidad de realizar resecciones curativas, cuya supervivencia a los 5 años es del 15 al 75 % se observa sólo en el 26 al 53 % de las grandes series publicadas. La resección paliativa, cuya supervivencia a los 5 años es de 0 al 12 % se reduce en el 21 al 59 % de los casos. La mortalidad operatoria general es del 2.5 al 14 %, lo cual nos demuestra la importancia de la estadificación como predictora del pronóstico general que, por cierto, es inferior al de los cánceres tempranos. Así, las lesiones que se encuentren a menos de 5 cms de distancia de la unión esofagogástrica deben ser tratadas con una resección gástrica proximal, anastomosis esofago - gástrica y piloroplastia. Los japoneses han insistido en poner atención en los ganglios linfáticos del tronco celiaco y del confluente portal y aconsejan la disección de sus zonas, ya que entre el 40 y 60 % de esas disecciones muestran invasiones positivas.

Cuando la lesión se localiza en el estómago distal o en el antro se debe realizar gastrectomía subtotal con un amplio margen de seguridad. Las resecciones amplias que incluyen esplenectomía y resección distal del páncreas presentan una morbilidad alta y no prolonga la sobrevivencia.

En cuanto al uso de radioterapia y quimioterapia existe controversia, La literatura actual apoya el concepto de que el adenocarcinoma gástrico es radiosensible. Actualmente el único tratamiento disponible para el cáncer gástrico metastásico es la quimioterapia, reportándose índices de respuesta del 40 al 50 % con poliquimioterapia. De los medicamentos más usados están el 5 fluoracilo con pirimidina, mitomicina C, andramicina, cloretinilnitrosauras, así como el metil - cloroetil - nitrosauras. Sin embargo la sobrevida en los mejores casos fue de 20 meses.

ANTECEDENTES CIENTIFICOS

Los problemas que plantea el tratamiento del cáncer gástrico tiene gran importancia a causa de la frecuencia de la afección. El cáncer gástrico ocupa el segundo lugar entre las diferentes localizaciones del cáncer en los distintos segmentos del aparato digestivo. En Nuestro país se acepta que más del 25 % de las defunciones por tumores malignos son debidas al cáncer de estómago , y que del 2 al 4 % de las personas adultas mueren a causa de ésta enfermedad. (1)

En la inmensa mayoría de los casos los tumores malignos del estómago son primitivos, originados en la mucosa y de tipo ganglionar. Sólo una pequeña porción (1%) se observan los sarcomas (LEIOSARCOMAS, FIBROSARCOMAS, LEIOMIOSARCOMAS, MIXOSARCOMAS, O FIBROMIXOSARCOMAS) aún más raros son los endoteliomas y la localización gástrica de la enfermedad de Hodgkin. (2)

Hasta el momento actual el cáncer gástrico no tiene otro tratamiento que la intervención quirúrgica ; ni la radioterapia, ni la quimioterapia ni ningún otro método han proporcionado hasta ahora resultados apreciables , (3)

Es por ello que cirujanos como el Dr. Billroth han estudiado procedimientos tendientes a ofrecer tratamientos curativos a pacientes , el cual después de los fracasados intentos de gastrectomía parcial realizados por Pean en 1879, y por Rydiger en 1880 en 1881 Theodor Billroth realiza la primera gastrectomía parcial eficaz en un paciente con carcinoma antral. reconstruyó el pasaje gastrointestinal con una duodenostomía terminoterminal superior en la cual el duodeno estaba anastomosado a la curvatura menor del estómago , pero después modifica su técnica haciendo la anastomosis en la curvatura mayor del estómago, ésta técnica sufrió muchas modificaciones, y actualmente la modificación introducida por Schoemaker , con cierre parcial del resto gástrico a lo largo de la curvatura menor y una gastroduodenostomía inferior es la técnica que se emplea con mayor frecuencia. (4)

En 1885, cuatro años más tarde, Billroth efectúa la primera gastrectomía que comprendía el cierre del muñón duodenal y del extremo seccionado del resto gástrico, con construcción de una gastroyeyunostomía anterior, y se denominó gastrectomía de Billroth tipo II, de ésta fecha a su muerte a la edad de 65 años Billroth efectuó 34 gastrectomías por cáncer gástrico. (5)

En 1884, Connor en Cincinnati efectúa la primera gastrectomía total en un paciente con carcinoma gástrico pero sin éxito. Schlatter es el primero con buen éxito la técnica en 1897. En 1907 Dameison y Dobson describieron el drenaje linfático del estómago y se establece así el concepto de la resección en bloque del estómago. (6)

A comienzos del siglo XX la resección en bloque continuó siendo el tratamiento convencional del cáncer de estómago reseccable, pero los detallados estudios de los ganglios linfáticos escindidos junto con el carcinoma de estómago que realizaron Coller, Kay y McIntyre en 1941 y Eker en 1951, arrojaron una incidencia perturbadoramente alta de compromiso de los ganglios linfáticos en la resección lo cual se refleja en las bajas cifras de supervivencia a los 5 años. (7)

En México al igual que en la mayoría de los países occidentales, el carcinoma gástrico es más frecuente en hombres que en mujeres (2 : 1) En la revisión de Gonzalez Martín y cols, se encuentra una proporción más igualada de 55.78 % hombres y 44,21 % mujeres, la mayor parte de los casos se observa en personas mayores (55 a 70 años), aunque recientemente se reporta un incremento en la frecuencia de cáncer gástrico en menores de 50 años, al parecer existe cierta predisposición hereditaria o familiar, pues no es raro observar varios casos en individuos de una misma familia. (8)

Ordinariamente el carcinoma gástrico es inilocular, pero se observan cierto número de casos de carcinomas múltiples simultáneos e independientes. Moertel y cols, registran un 2.18 % de tumores múltiples entre 1.835 casos observados durante un estudio de 10 años, 38 adenocarcinomas de los cuales 29 eran dobles y 9 triples ; en un caso existían simultáneamente un adenocarcinoma y un leiomioma ; en otro caso se encontró un leiomioma múltiple. (9)

Las localizaciones más frecuentes encontradas en nuestro país son : Región antral y pilórica en un 60 % curvatura menor 20 % , cardias 9 % paredes anterior y posterior 7 % , curvatura mayor 4 % (10)

La degeneración neoplásica se inicia en las células superficiales y en el cuello de las glándulas de la mucosa, parece que las lesiones pueden mantenerse cierto tiempo limitadas a la mucosa, constituyendo el llamado *Ca in situ*, de Broders, o incipiente de Goñi Moreno, el cáncer úlceroide puede permanecer así cierto tiempo sin rebasar la mucosa, el crecimiento se efectúa en tres direcciones, hacia las capas más profundas de la mucosa, hacia la superficie y horizontalmente.

INVASION PARIETAL : una vez que las células cancerosas han atravesado la *muscularis mucosae* y penetrado en los espacios linfáticos la submucosa comienza la extensión del proceso maligno en diferentes sentidos y por diferentes vías , El cáncer estático se ha convertido en invasor. La invasión y su extensión no está relacionada con el tiempo transcurrido, sino con las condiciones biológicas de cada caso . Al propio tiempo que la extensión en superficie , se produce el crecimiento en profundidad; los elementos neoplásicos invaden la capa muscular, llegan a la serosa y a su través pueden penetrar directamente a las estructuras vecinas (epiplón, mesos, páncreas, hígado, etc). Según Coller el cáncer invade todo el espesor de la pared gástrica en un 88 % de las piezas estudiadas , aún tratándose de neoplasias muy pequeñas. (11)

Sin embargo, la extensión directa en superficie está muy circunscrita alrededor de los límites macroscópicos del proceso. Se puede aceptar que al igual que en otras partes del tubo digestivo, no excede los 2 ó 3 cms y por tanto, se admite la resección de la pared gástrica a 5 cms de los límites visibles del tumor como de tipo radical desde el punto de vista de la excéresis de la neoplasia. (12)

Coller y cols hallaron infiltrados neoplásicos en los alrededores de la línea de sección gástrica, realizada a distancia suficiente del tumor en un 24 % de las piezas examinadas de gastrectomía subtotal por cáncer. (11)

La existencia de la difusión linfática intramural discontinua tiene una importancia en la cirugía radical del cáncer gástrico y explicará las metástasis observadas en el muñón gástrico restante después de la resecciones subtotales amplias que se creyeron correctas. Estas metástasis constituyen el argumento para los partidarios de las gastrectomía total de principio como tratamiento para el CA.

PROPAGACION LINFATICA : Las células neoplásicas que penetran en los capilares linfáticos siguen la vis a tergo hacia los colectores linfáticos y de éstos a los ganglios correspondientes. Se supone que las intensas contracciones de la poderosa musculatura gástrica contribuye también a la propagación linfática que en las neoplasias gástricas parece más precoz y fácil que en otras localizaciones.

En el estómago existen tres zonas distintas de desagüe linfático correspondiente a los pedículos vasculares, a cada uno de los cuales corresponden distintos grupos regionales.

- 1) Zona De La Arteria Coronaria ; a) grupos supracardiales, b) paracardiales derecho e izquierdo ; c) grupo de la curvatura menor.
- 2) Zona De La Arteria Hepática : a) grupo suprapilórico ,b) grupo retropilórico, y c) grupo subpilórico.
-) Zona de la arteria esplénica; a) grupo del hilio esplénico, b) grupo pancreático.

Gómez y Gómez lo dividen en cuatro grupos:

- 1) Ventral o pregástrico supratrascavitario
- 2) Dorsal o retrogástrico supratrascavitario.
- 3) Ventral o pregástrico transcavitario.
- 4) Dorsal o retrogástrico transcavitario.

La invasión de los órganos distantes por el cáncer primario se puede producir por penetración linfática (penetración de Handley) , formándose una columna ininterrumpida de células neoplásicas que continúan proliferando. A este mecanismo parece deberse las metástasis mesentéricas supraclaviculares izquierda y probablemente el tumor de Krukenberg las cuales son invasiones tardías con muy mal pronóstico

PROPAGACION HEMATOGENA: Venosa; se realiza por la vena porta al parénquima hepático, es bastante frecuente y en ocasiones muy precoz seguramente debido al comportamiento biológico del tumor ya que en otros casos no se produce nunca.

Debido a la difusión de las exploraciones preventivas y la menor resistencia de los pacientes a aceptar la indicación quirúrgica el índice de operabilidad actualmente es del 85 al 95%.

La resecabilidad depende también de las condiciones generales del paciente, la edad, y las lacras orgánicas deben tenerse en cuenta, sobre todo cuando se trata de resecciones estrictamente paliativas. Según la extensión de las lesiones, las adherencias del tumor y la existencia o ausencia de metástasis el cirujano podrá realizar: operación de exéresis con características de radical, en la cual la extirpación comprenderá la totalidad de las lesiones apreciables, tumor y ganglios regionales; si el proceso afecta a los órganos vecinos la resección no podrá considerarse curativa.

Resección paliativa; en la cual el tumor se considera resecable, aunque no lo -- sean las lesiones asociadas, pero se brinda un beneficio al paciente.

Procedimiento derivativo; se efectua con fines paliativos si el tumor es inextir -- pable y estenosante, suele proporcionar pocos resultados.

Abstención completa; si nada es posible realizar. (14)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En el servicio de Gastrocirugía del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Manuel Avila Camacho del Instituto Mexicano del Seguro Social se desconoce la frecuencia, la estirpe histológica y la evolución clínica del carcinoma gástrico en sujetos menores de 50 años así como los factores de riesgo en este grupo de pacientes, la cirugía realizada con mayor frecuencia, los tratamientos coadyuvantes y el índice de mortalidad.

OBJETIVO GENERAL

Conocer y analizar la experiencia en carcinoma gástrico en sujetos menores de 50 años atendidos en el servicio de Gastrocirugía del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Manuel Avila Camacho del Instituto Mexicano del Seguro Social en Puebla Puebla.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

Conocer los factores de riesgo en común en los pacientes con carcinoma gástrico menores de 50 años.

Conocer la frecuencia del carcinoma gástrico en sujetos menores de 50 años.

Conocer la estirpe histológica más frecuente en sujetos menores de 50 años con carcinoma gástrico.

Conocer la localización del carcinoma gástrico más frecuente en sujetos menores de 50 años.

Conocer el estadio de presentación del cáncer gástrico en pacientes menores de 50 años

Conocer el procedimiento quirúrgico que se realiza con mayor frecuencia en pacientes menores de 50 años con carcinoma gástrico.

MATERIAL Y METODOS.

Se trata de un estudio de tipo retrospectivo, transversal, observacional y no comparativo.

Se revisaron un total de 120 casos de pacientes con diagnóstico de cáncer gástrico atendidos en el Hospital de Especialidades Del Centro Médico Nacional Manuel Avila Camacho del Instituto Mexicano del Seguro Social de la Ciudad de Puebla durante el período de Enero de 1993 a Diciembre de 1997.

Se obtuvieron los expedientes clínicos del Archivo clínico , así como los reportes histopatológicos en el archivo de el Depto de Anatomía patológica del Hopsital de Especialidades de Puebla. I.M.S.S.

Se seleccionó aquellos pacientes menores de 50 años, los cuales fueron un total de 32 casos.

Los criterios de inclusión fueron :

- 1.- Paciente menor de 50 años de edad
- 2.- Paciente con diagnóstico clínico e histopatológico confirmado de cáncer gástrico atendido en el Hospital de Especialidades de Puebla I.M.S.S.

Los criterios de exclusión fueron :

- 1.- Paciente sin reporte histopatológico
- 2.- Pacientes cuyo expediente fue depurado o incompleto

Los criterios de no inclusión fueron :

- 1.- Pacientes mayores de 50 años

Las variables de estudio fueron : edad, sexo, signos y síntomas de ingreso, localización del tumor, estirpe histológica , y estadio clínico a su ingreso a la Unidad.

RESULTADOS

Durante el periodo de enero de 1993 a Diciembre de 1997, se atendieron 120 nuevos casos de cáncer gástrico en el Hospital de Especialidades de Puebla de el Instituto Mexicano del Seguro Social, de ellos 32 pacientes fueron menores de 50 años, lo cual representa el 26.6 % del total de casos, 12 pertenecieron al sexo femenino es decir el 37.5 % y 20 al sexo masculino el 62.5 % de los casos. (gráfica No. 1).

A los 32 pacientes incluidos en el estudio se realizó diagnóstico por medio de endoscopia con toma de biopsia de sitio sospechoso de malignidad, es decir el 100 %, en 20 de ellos (62.5 %) se efectuó como primer estudio radiológico la serie esofagogastroduodenal, con la cual se sospechó malignidad en 18 pacientes, es decir en el 90 % de los casos.

Los signos y síntomas que reportaron los pacientes a su ingreso a la unidad fueron: pérdida de peso en 15 casos (46.8 %); ataque al estado general en 10 casos (31.25 %); plenitud gástrica en 8 casos (25 %); sintomatología ácido-peptica en 6 casos (18.7 %); regurgitaciones en 2 casos (6.5 %); y un episodio de sangrado de tubo digestivo alto en forma de hematemesis en 2 casos (6.5 %). (gráfica No. 3)

La localización del tumor fue establecida por endoscopia y transoperatorio siendo los sitios más frecuentes : antro-pilórica en 11 casos (34.3 %), 7 pacientes masculinos y 4 femeninos; el ántro pilórico en 11 casos (34.3 %), 6 masculinos y 5 femeninos, cuerpo gástrico en 7 casos (21.8 %) , 5 masculinos y 2 femeninos,- Unión esofagogástrica en 3 casos (9.3 %) , 2 masculinos y 1 femeninos ,(gráfica no. 4) .

Según la clasificación de Broders ,la diferenciación histológica encontrada fue Adenocarcinoma bien diferenciado en 8 casos (25 %) , Adenocarcinoma moderadamente diferenciado en 8 casos (25 %) , Adenocarcinoma poco diferenciado en 15 casos (46,87 %) y un caso de linfoma plamocitoide (3.12 %) . (gráfica No-6).

El Estadio clínico encontrado en nuestros pacientes fue establecido de acuerdo a la clasificación de la American Joint Comité (TNM) en :

ESTADIO I : 1 paciente del sexo femenino (3,12 %)

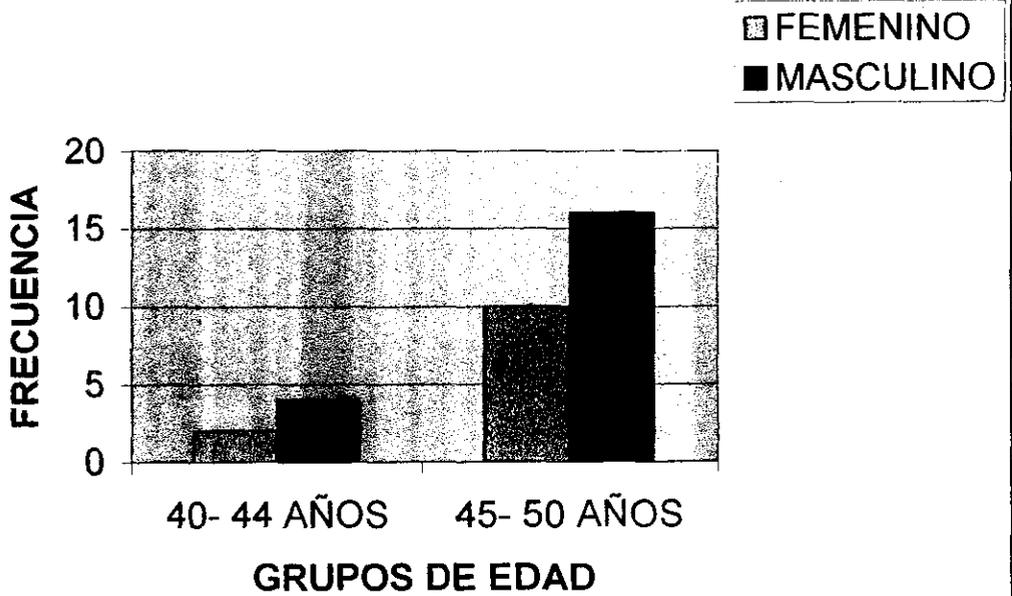
ESTADIO II : En 6 pacientes (18.75 %) , 2 correspondieron al sexo femenino y 4 al sexo masculino.

ESTADIO III : En 9 pacientes (28.12 %) , 3 del sexo femenino y 6 del sexo masculino

ESTADIO IV : En 16 pacientes (50 %) , 6 del sexo femenino y 10 del sexo masculino. (gráfica No. 6).

El tratamiento quirúrgico al cual fueron sometidos los pacientes fue gastrectomía subtotal en 3 pacientes(9,37 %) , gastrectomía total en 6 pacientes (18,75 %) gastrectomía total radical en 4 pacientes (12.5 %) , esofagogastrectomía total en 3 pacientes (9.37 %) y procedimientos derivativos en 11 , (gastroyeyunostomía en 8 casos, gastrostomía en 3 pacientes) (34,3 %) , en 5 pacientes no fue posible efectuar ningún procedimiento quirúrgico, (15. 6 %).(gráfica No. 8)

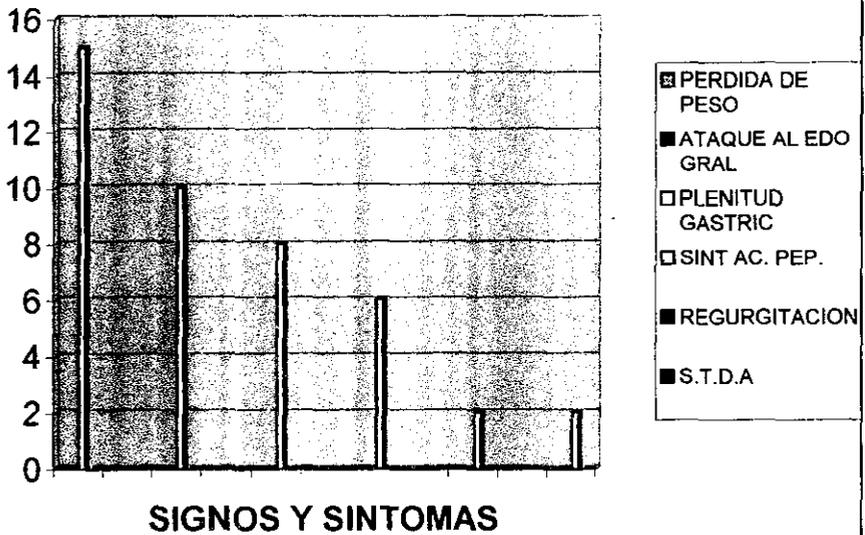
CANCER GASTRICO



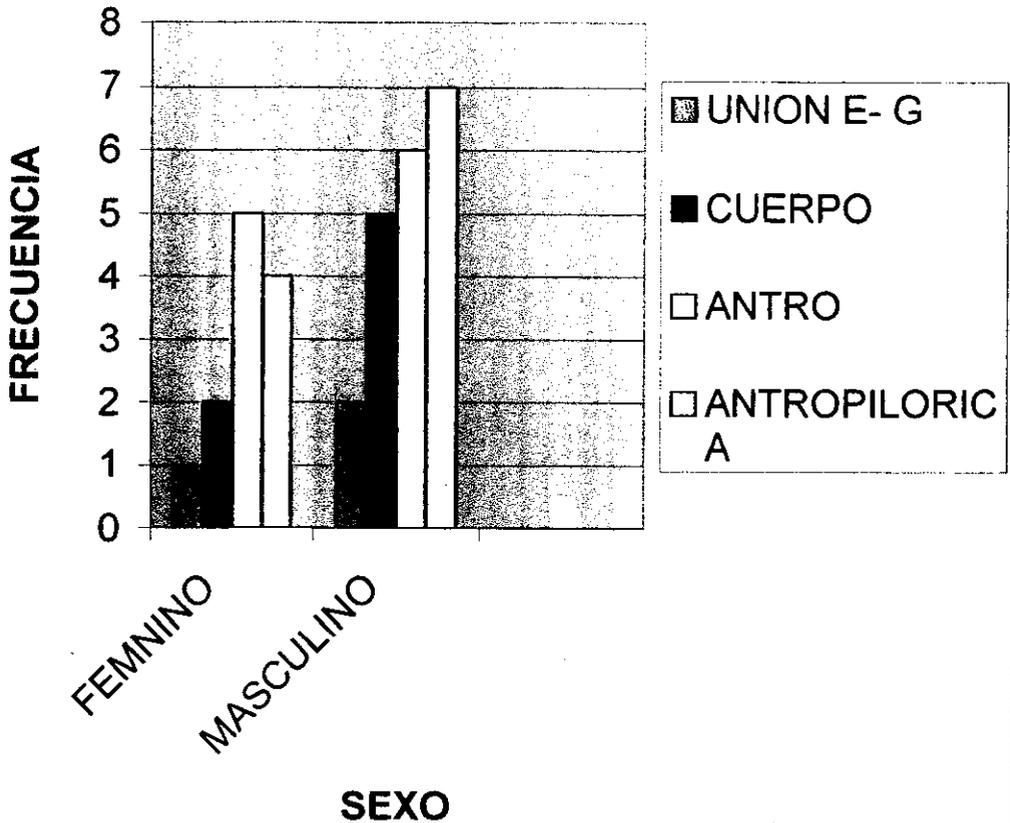
CANCER GASTRICO DISTRIBUCION POR SEXO Y PORCENTAJE



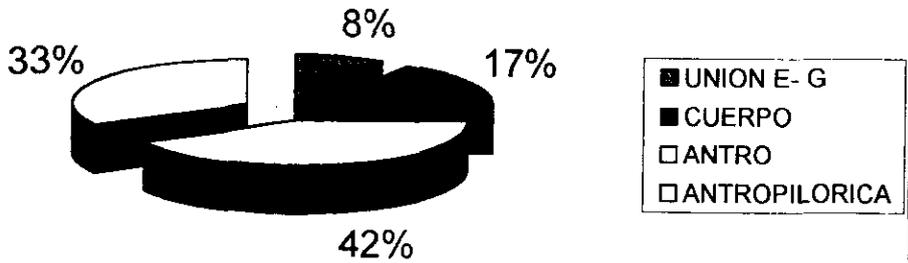
CANCER GASTRICO DISTRIBUCION SEGUN SIGNOS Y SINTOMAS



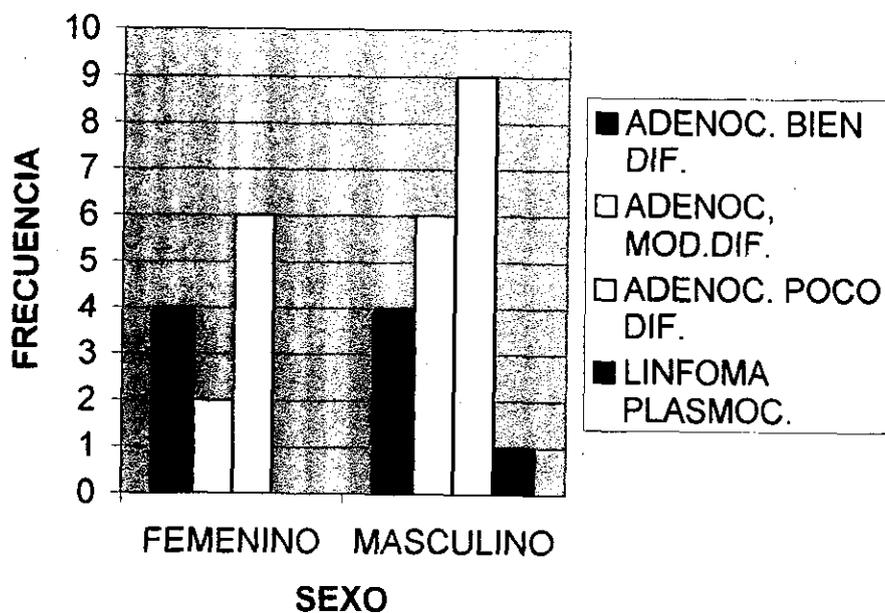
CANCER GASTRICO DISTRIBUCION POR SEXO Y LOCALICACION



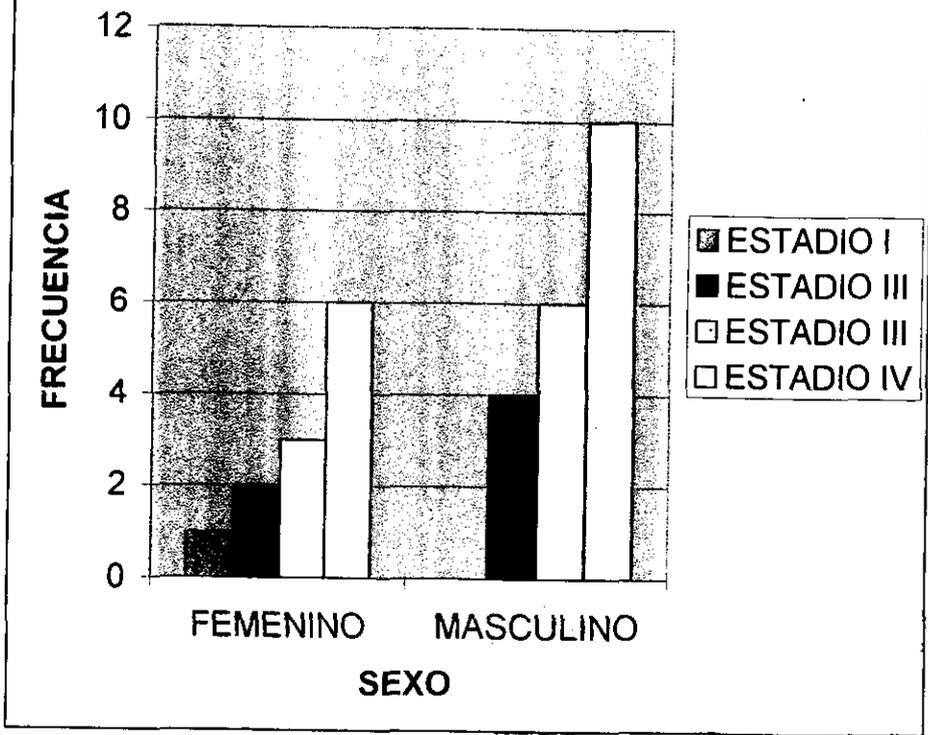
CANCER GASTRICO DISTRIBUCION SEGUN LOCALIZACION Y PORCENTAJE



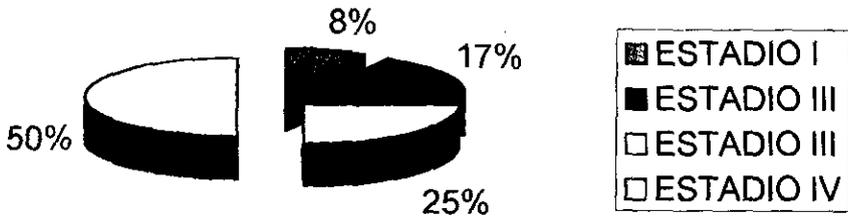
CANCER GASTRICO DISTRIBUCION SEGUN ESTIRPE HISTOL. Y SEXO



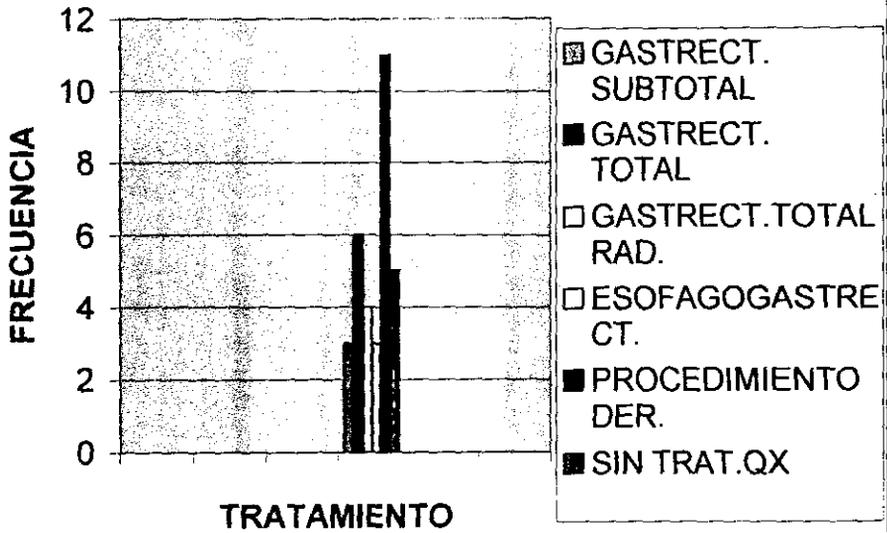
CANCER GASTRICO DISTRIBUCION SEGUN ESTADIO Y SEXO



CARCINOMA GASTRICO DISTRIBUCION SEGUN ESTADIO Y PORCENTAJE DE CASOS



CANCER GASTRICO Y TRATAMIENTO QUIRURGICO



DISCUSION

El cáncer gástrico continúa presentándonos grandes retos tanto en su diagnóstico temprano como en el tratamiento. En éste estudio, se observó una incidencia mayor a la reportada en la literatura mundial de pacientes menores de 50 años, representando en nuestra serie el 26.6 % de un total de 120 casos registrados en el periodo de enero 1993 a diciembre de 1997, lo cual puede deberse al tipo de Hospital, ya que en nuestra unidad una gran proporción de los pacientes son oncológicos.

No observamos una tendencia distinta a lo registrado en las grandes series en cuanto a la relación H : M, siendo en nuestro estudio de 2 : 1 al igual que en otras publicaciones. La sintomatología de ingreso y causa de estudio en nuestros pacientes fue muy parecida a la publicada, el estudio más empleado para el diagnóstico y su confirmación fue la endoscopia con toma de biopsia y estudio histopatológico.

El tipo histológico predominante en nuestra población fue el adenocarcinoma poco diferenciado y la localización con mayor incidencia fue el antropilórico y piloro con un total de 22 casos, lo cual está de acuerdo a lo descrito en la literatura.

Desafortunadamente al igual que en el resto del país el Estadio en el cual se diagnostica al paciente es muy avanzado en esta serie sólo en 1 paciente se estableció un Ca gástrico E 1, en el 78.12 % los pacientes fueron estadio III y IV debido a lo cual la morbi-mortalidad es muy alta.

El procedimiento quirúrgico que más se empleó en nuestro Hospital durante este periodo fue el de tipo paliativo derivativo, debido al estadio de los pacientes y la ireresecabilidad del tumor, lo cual nos confirma que estamos estableciendo tarde el diagnóstico en nuestros pacientes y que debemos realizar pesquisas tendientes a diagnóstico precoz y preventivo tal y como se realiza en países orientales principalmente Japón .

CONCLUSIONES

El presente estudio, muestra una incidencia elevada de casos de carcinoma gástrico diagnosticados en pacientes menores de 50 años, en los cuales predominó el adenocarcinoma poco diferenciado de la región antropilórica, con un estadio avanzado en el momento del diagnóstico, y metástasis hepáticas principalmente. Nos llama la atención la sintomatología de ingreso, ya que en 46 % de nuestros pacientes la pérdida de peso fue el primer signo y transcurrieron menos de 5 meses del inicio de los síntomas y el tratamiento quirúrgico, por lo que el estadio encontrado nos habla del comportamiento biológico del tumor, el cual en personas jóvenes se ha observado más agresivo que en ancianos. Hasta el momento no se ha podido establecer con claridad el origen de esto. Sin embargo, los hallazgos de este estudio nos muestran la importancia de estudiar íntegramente al paciente y de sospechar neoplasias en grupos de edad menores a los que estamos acostumbrados, ya que podemos pasar inadvertidos casos de cáncer gástrico en estadios tempranos en los cuales podríamos ofrecer tratamientos curativos y no limitarnos a paliativos tal como está ocurriendo en nuestra institución al igual que en muchas otras de nuestro país. Para ello sentimos que hace falta protocolos de estudio bien establecidos y de la valoración conjunta del gastrocirujano y del gastroenterólogo.

- 1) Hall , T.J .Gastric Carcinoma Among Younger Individuals.South Med,Journal Marz,; 9 (3) : 302- 4. 1996,
- 2) Thomas , Macker and cols. Life Style And Stomach Cáncer by Sussite In Young men
- 3) Lowrens J, H. Endoscopic Investigation for Gastric Cáncer , In a Risk Group. S. African Med, Journal,Apri. 18 (81) ; 406-8. 1992.
- 4) Maehara A.Y. y cols, Signet Risk cell Camcinoma Of Sthomach. Cáncer, April 116(7) : 1645-50.
- 5) Alexander H.R. Neoadyuvant Chemoterapy For locally Cáncer . Oncology May 7 (5) : 37-42 1993.
- 6) Mariguachi S.M. and cols. Relationships Betwen age And The Time For gastric Cáncer. J.sorgery Oncology Feb, 52 (2) ; 119-25.1993
- 7) Tretjak Z. Difuse Type gastric Cáncer In A young AdolffPresenting Whit neurological Symptoms and Liver Rupture. Anm j. gastroenterology ; 87 (8) : 1043-5. 1992
- 8) Kuispers E. Hellicobacter pilori associated Gastritis has Put Forward as a risk factor Gastroc Cáncer. S. Journal Gastroenterology May; 28 (5) : 433-7. 1996