

11215



# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
CENTRO MEDICO NACIONAL LA RAZA  
IMSS

19  
20.

## INCIDENCIA DE NEOPLASIAS DE ESOFAGO Y ESTOMAGO. ESTUDIO RETROSPECTIVO DE UN AÑO. HECMR. IMSS.

### T E S I S

PARA OBTENER EL TITULO DE  
ESPECIALISTA EN GASTROENTEROLOGIA  
PRESENTA EL  
DR. LUIS ANTONIO PEREZ ALDANA

ASESOR DE TESIS: DR. ENRIQUE PAREDES CRUZ



**IMSS**  
REGIS. MEXICO, D. F.  
FALLA DE ORIGEN

26/05/98  
1998



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**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.




INCIDENCIA DE NEOPLASIAS DE ESOFAGO Y ESTOMAGO.

ESTUDIO RETROSPECTIVO DE UN AÑO. SERVICIO DE ENDOSCOPIA : unidades

HECMR, IMSS.

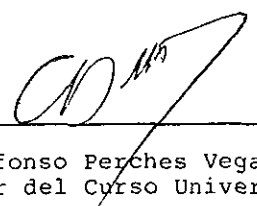
DEPARTAMENTO DE EDUCACION  
E INVESTIGACION MEDICA

Número de registro del protocolo: 98-690-0026




---

Dr. Arturo Robles Páramo  
Jefe de División de Educación e Investigación Médica



---

Dr. Alfonso Perches Vega.  
Titular del Curso Universitario de Especialización.



---

Dr. Luis Antonio Pérez Aldana  
Residente de cuarto año de Gastroenterología.

## DEDICATORIA

### A DIOS

Amigo qué nunca falla.

### A MIS PADRES

Lo más valioso qué tengo en la vida. Agradezco de corazón por todos los sacrificios realizados por mi, por mi educación, por mi superación y por todo el cariño y amor qué me han brindado durante todas las etapas de mi vida y el gran orgullo y satisfacción qué me da haber terminado una etapa más de mi vida con su gran apoyo en todo. Los Amo.

### A mis hermanos

Carlos, Fernando Y Alberto a quiénes quiero muchísimo y deseo lo mejor para ellos y sus futuras familias. Qué siempre nos mantengamos unidos en las buenas y malas y qué tengamos siempre en mente a nuestros padres como prioridad ante todo.

### A MI PRIMO

Jorge Pérez Navarro, quién me ha brindado un gran apoyo durante los 4 años de mi especialidad y hacerme sentir qué tengo alguien en quién puedo contar para todo y siempre. Gracias.

## AGRADECIMIENTOS

### AL DR. ALFONSO PERCHES

Con quién tuve el honor de realizar mi especialidad y quién me transmitió grandes consejos y experiencias de la medicina y de la vida, siempre con la mentalidad de ser mejor cada día.

### AL DR FCO. LOPEZ FUERTE

Quién me brindó la oportunidad de mi vida de realizar mi especialidad, con el gran recuerdo para toda la vida como un gran Jefe y un buen amigo. Agradezco infinitamente sus consejos y apoyo.

### AL DR JORGE GARCIA GARDUÑO

Con quién tuve una agradable convivencia durante un año de trabajo en el servicio de Endoscopia. Una fina persona, recta y sincera, Podrá contar con mi amistad incondicional toda la vida. Gracias.

### A MIS PROFESORES

Por estar siempre al pendiente de nuestro desarrollo profesional, por transmitirnos su experiencia y conocimientos, qué Dios los siga ayudando con sus familias y su vida profesional.

### A MI ASESOR DE TESIS

Por su valioso tiempo que dedico para la realización de este trabajo. Agradezo su gran preocupación por la enseñanza y su gran calidad como persona.

### AL DR ROBLES PARAMO

Por su gran calidad humana y gran apoyo a los residentes del Hospital. Excelente persona y amigo. Gracias.

### A MI HOSPITAL

Del qué tengo increíbles recuerdos y grandisimas experiencias, siempre lo tendré muy cerca y muy en alto, ya qué es un excelente Hospital.

## RESUMEN

Incidencia de neoplasias de Esófago y estómago. Estudio retrospectivo de 1 año.

Objetivo: Conocer la incidencia de las neoplasias de esófago y de estómago más frecuentes de los estudios endoscópicos e histológicos de los pacientes atendidos en el servicio de Endoscopia.

Material y Métodos: Se realizó un estudio retrospectivo de un año, revisando todos los reportes endoscópicos del archivo de endoscopia con la recolección de las características de las neoplasias de esófago y estómago como su localización, clase, clasificación, forma. Posteriormente se revisaron los archivos de patología para analizar los resultados histopatológicos de las biopsias endoscópicas realizadas. Se analizaron las neoplasias más frecuentes de esófago y estómago endoscópicamente e histológicamente, así como según edad y sexo. Se excluyeron aquellos reportes endoscópicos e histológicos que no reunieron las características mencionadas previamente.

Resultados: De 110 pacientes en total con diagnóstico endoscópico de neoplasia, 20 casos fueron por neoplasia esofágica pero sólo 14 casos se corroboró el diagnóstico histopatológico. 5 correspondieron a tumoración benigna y 9 casos a tumoración maligna, con localización más frecuente en tercio distal y con presentación en sexo masculino en 6 casos y sexo femenino en 8 casos con una edad promedio de 59.1 años. 90 casos correspondieron a diagnóstico endoscópico de neoplasia gástrica, de los cuales 64 casos correlacionaron con el diagnóstico histológico. Los 64 casos fueron de extirpe maligno con presentación en sexo masculino de 33 casos y femeninos con 31 casos con edad promedio de 61.6 años.

Conclusiones: El papiloma es la neoplasia no maligna más frecuente observada en esófago. El Ca epidermoide fue la neoplasia maligna más frecuente histológicamente, siendo más común en mujeres 2:1 y edad promedio de 59.1 años. El Adenocarcinoma fue la neoplasia más frecuente y maligna de las neoplasias gástricas con distribución similar en sexos y edad promedio de 61.6 años.

Palabras claves: Neoplasia esófago, Neoplasia Gástrica.

## SUMMARY

Incidence of esophageal and gastric Neoplasia. One year retrospective study.

Objetive: To know the incidence of the esophageal and gastric neoplasia more frequently seen in the endoscopic and histological studies from the patients attended at the endoscopy service.

Material and Methods: A one year retrospective study was carried out, reviewing all endoscopic reports from the endoscopy archive with the recollection of some characteristics from the esophageal and gastric neoplasia as localization, class, clasification, form. Then the archives from the Pathology service were reviewed to analyze the histopathological results from the endoscopic biopsies. It was analyzed the most frequent esophageal and gastric neoplasia by endoscopy and histopathology and also the frequency in age and sex. All those endoscopic and histologic reports that did not reunited the characteristics mentioned previously werw excluded.

Results: 110 patients had endoscopic diagnosis of neoplasia. 20 of them werw esophageal neoplasia but only in 14 patients werw corroboration with histologycal diagnosis. 5 were benign tumoration and 9 were malignant with more frequent localization in the distal third of the esophagus and presentation in males in 6 cases and in females in 8 cases with an average age of 59.1 years. 90 cases were endoscopic diagnosis of gastric cancer and 64 had correlation with the histopathological diagnosis. All 64 cases were malignant with presentation in males in 33 cases and females in 31, with an average age of 61.6 years.

Conclusions: The Papiloma is the most frequent no malignant neoplasia seen in the esophagus. The Epidermoid cancer was the most frequent malignant neoplasia histologycaly. It was more common in women 2:1 and average age of 59.1 years. The adenocarcinoma of the stomach was the most frequent malignant neoplasia with similar distribution in both sex and average age of 61.6 years.

Key words: Esophageal neoplasia, Gastric neoplasia.

## INTRODUCCION

El cáncer esofágico es en la mayoría de los casos maligno y mortal. Encontrándose con mayor frecuencia el carcinoma de células escamosas en aproximadamente el 95% de los casos, aunque observándose un aumento dramático en el adenocarcinoma en América y Europa a partir de 1970, reportándose hasta el 40% de los tumores esofágicos malignos ( 1,2 ).

Aunque es relativamente infrecuente en Europa Occidental y en Norte América, el cáncer de esófago es sin embargo uno de los cánceres más comunes en el mundo (3). Más de 10,000 nuevos casos de el cáncer de esófago son diagnosticados cada año en Estados Unidos , 4% de todas las muertes de cáncer pueden ser atribuidas a esta enfermedad (4). La enfermedad es más común en hombres y mujeres con un ratio de 3:1. Los masculinos negros en los Estados Unidos son los de riesgo más alto.

La prevalencia varía enormemente alrededor del mundo, se dice que en los Estados Unidos se reportan de 5-7 casos nuevos por 100,000 habitantes masculinos por año ( 5 ). Mucho mayor prevalencia se reportan en el sur de África, Irán, China, India, Ceylan, Puerto Rico y Japón.

La mayoría de los carcinomas escamosos se desarrollan en el esófago torácico medio o distal, menos del 10% se desarrollan en el esófago proximal. El carcinoma parece desarrollarse como una lesión superficial de la mucosa que progresa a través de las fases de displasia a carcinoma in situ y finalmente a la lesión avanzada. La mayoría de las lesiones son mayores de 4 cms. en extensión linear antes del diagnóstico hasta más de 10 cms de largo. Las células malignas se expanden por los linfáticos submucosos y comunemente se extienden en ambas direcciones, pero específicamente en dirección cefálica (6).



El carcinoma de células escamosas que ha crecido causa una este - nosis esofágica y disfagia produciendo anormalidades de la super - ficie de la mucosa. A la endoscopia usualmente se presenta infla - mación, nodularidad, erosión y ulceración. La endoscopia con biop - sia y citología son los mejores métodos para confirmar el diagnós - tico de carcinoma de esófago. La visualización endoscópica más la biopsia y cepillado proveen un diagnóstico certero en cerca de 100% de los casos (7). La biopsia sola provee un 98% de certeza cuando se han tomado por lo menos 7 muestras. 17% de todas las le - siones que se comprobaron malignas inicialmente se pensó que eran benignas a la inspección endoscópica (8).

Los tumores benignos de esófago son suficientemente raros y son comunmente descubiertos como hallazgo sorpresa sin signos ni sin - tomatología típica. Dentro de los tumores benignos de esófago se ha reportado el leiomioma, lipoma, tumor de células granulares y el papiloma de células escamosas.

Dentro del resto de los tumores malignos de esófago contamos en un porcentaje muy pequeño al carcinoma de células pequeñas, el carcinoma quístico adenoide, melanoma maligno, pseudosarcoma, lin - foma esofágico primario y carcinoide maligno y el leiomiosarcoma.

La cirugía es el estándar de oro en el tratamiento de tumores de esófago (9). El método de resección endoscópica de mucosa que se ha utilizado en el tratamiento de las neoplasias en etapas tempranas ha estado realizándose en Japón para tratar el cáncer de cé - lulas escamosas en el esófago, con buenos resultados y rangos de sobrevivencia a 5 años de más del 90% con recurrencia de sólo el 5% ( 10,11).

La mayoría de los tumores gástricos son malignos y de ellos el a - denocarcinoma representa el 85 a 95%, seguido del linfoma con una incidencia de 3-10% y el leiomiosarcoma con un 1-3%.

El cáncer gástrico fué la enfermedad maligna más común en los Estados Unidos en los años 40. Desde entonces ha habido un descenso no explicable y dramático en la mortalidad por esta enfermedad(12) Debido que la tasa de fatalidad del cáncer gástrico permanece alto, la tasa de mortalidad representa una gran incidencia en muchos países. En Estados Unidos en 1940 había 22 muertes por cienmil personas, actualmente es de 6 por 100,000. Cuando hay una alta incidencia de cáncer gástrico parece que predomina el del tipo "intestinal". Cuando hay un descenso en la incidencia de cáncer gástrico hay una disminución del tipo " intestinal", mientras que la incidencia del tipo " difuso" permanece relativamente consistente.

Su incidencia es notablemente superior en países como Japón, Chile ó Islandia ( 50-90 casos por 100,000 habitantes), que en otros como Australia ó Nueva Zelanda ( menos de 20 casos por 100,000 habitantes) (13). Dentro de la génesis del adenocarcinoma se han mencionado factores ambientales, factores genéticos, sexo masculino, estado socioeconómico bajo, además que se han considerado una serie de lesiones gástricas premalignas como la anemia perniciosa la gastritis crónica atrófica, gastrectomía previa, metaplasia intestinal, úlcera gástrica, pólipo gástrico, displasia gástrica. La endoscopia es el método de elección para el diagnóstico del cáncer gástrico.

La ocurrencia de cáncer gástrico distal a decrecido últimamente en contraste con el incremento de la incidencia de cáncer en el cardias, tumor localizado en la unión esófago-gástrica. Existe actualmente algo de confusión entre los dos tipos de adenocarcinoma, el de esófago y el de cardias. El cáncer de cardias puede desarrollarse sobre digitaciones cortas de metaplasia columnar, ahora considerado como esófago de Barrett corto. Se debe de realizar una inspección endoscópica cuidadosa de la unión esófago-gástrica incluyendo de preferencia cromoscopia con Indigo carmin.(14,15).

La resección quirúrgica es aún el más apropiado método de tratamiento curativo ó paliativo para el cáncer avanzado, pero procedimientos endoscópicos se han incrementado en el tratamiento del cáncer gástrico temprano. El potencial curativo del tratamiento endoscópico del cáncer gástrico temprano está siendo gradualmente muy reconocido (14).

El cáncer gástrico temprano se define como una enfermedad en la cuál la profundidad de la invasión es limitada a la mucosa ó submucosa y sin presentación de nódulos linfáticos. Macróscópicamente el cáncer gástrico temprano se divide en tres tipos : Protuido ( tipo I), superficial ( tipo II) y Excavado ( tipo III ) . El tipo II, específicamente el tipo IIc es la lesión más común.

El cáncer gástrico avanzado se refiere a la enfermedad que ha penetrado la capa muscular y usualmente se asocia con una extensión a distancia del tumor y raramente curable. El cáncer gástrico avanzado es identificado por el patólogo, radiólogo y endoscopista en el modelo que corresponde a la clasificación de Borrmán, la cuál se clasifica en tipo I Polipoideo, II Ulcerado, III Ulcerado Infiltrante y IV Infiltrado difuso ó linitis plástica.

## MATERIAL Y METODOS

Se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo, que abarcó el periodo correspondiente al 1 enero de 1997 al 31 diciembre del mismo año. Se realizó en el servicio de Endoscopia del Hospital de Especialidades Centro Médico la Raza, del IMSS, en México, DF.

### CRITERIOS DE INCLUSION :

- a) Se revisaron todos los reportes endoscópicos del archivo del servicio de Endoscopia con la recolección de las siguientes características de las neoplasias de esófago y estómago:

Esófago: Localización, Clase, Clasificación, forma y Hallazgo histológico.

Estómago: Localización, Clase, Clasificación, forma y Hallazgo histológico.

- b) Se revisaron los archivos de patologia para analizar los resultados histopatológicos de las biopsias endoscópicas realizadas en el departamento de endoscopia.
- c) Se analizaron las neoplasias más frecuentes según edad y sexo
- d) Se analizaron las neoplasias más frecuentes de esófago y de estómago.

### CRITERIOS DE EXCLUSION :

- a) Se excluyeron aquellos reportes endoscópicos e histológicos que no reunieron las características mencionadas previamente.

### HIPOTESIS:

El carcinoma de células escamosas ó epidermoide de esófago, el adenocarcinoma gástrico del tipo intestinal y con células en anillo de sello son las variedades histológicas más frecuentes encontradas en el servicio de endoscopia del Hospital de Especialidades Centro Médico La Raza, IMSS.

## RESULTADOS

Se realizó la revisión del archivo de los estudios endoscópicos de enero a diciembre de 1997, logrando recopilar 110 casos con diagnóstico endoscópico de neoplasia de esófago y estómago.

En 20 casos ( 18.1%) el diagnóstico endoscópico correspondió a neoplasia de esófago y sólo en 14 casos hubo correlación endoscópica e histológica de neoplasia esofágica (70%). (tabla 1). 6 fueron masculinos ( 42.8%) y 8 femeninos (57,2%), con una edad promedio de 59.1 años ( rango de 29-76 años) ( tabla 2 ).

En el diagnóstico endoscópico se observó 12 casos de neoplasia en el tercio distal del esófago (60%), 6 casos en el tercio medio(30%) y dos casos en el tercio superior (10%). En 6 casos (30%) de las neoplasias de esófago distal hubo afectación de la unión esófago - gástrica.

Los reportes histológicos de estas neoplasias fueron los siguientes: 5 benignos (35.7%) correspondieron a la variedad de papiloma escamoso (tabla 3), y la edad de afectación de estos pacientes fué de un rango de 29-65 años con un promedio de 49 años. En 3 casos su localización fué en el tercio distal (60%) y en 2 casos en el tercio medio (40%) (tabla 4).

De los restantes 9 casos ( 64.3%) éstos fueron de extirpe maligno, los reportes histológicos correspondieron a la variedad de carcinoma epidermoide en 7 casos (77.7%) y en 2 casos al adenocarcinoma de esófago (22.3%) (tabla 3). La localización endoscópica del carcinoma epidermoide fué más frecuente en el tercio distal con 4 casos (57.1%), 2 en el tercio medio (28.6%) y 1 en el tercio próximo de esófago ( 14.3%) (tabla 4). La localización del adenocarcinoma esofágico se presentó en el tercio distal con extensión a la unión esofágo-gástrica en los 2 casos (100%).

En los 6 casos que no se corroboró el diagnóstico histológico de la neoplasia esofágica, los diagnósticos histológicos fueron: esofagitis en 4 casos (66.6%), metaplasia intestinal en 1 caso (16.6%), una ulcera activa en 1 caso(16.6%) y de estos su localización más frecuente fué en el tercio distal (100%) (tabla 5).

En 90 casos el diagnóstico endoscópico correspondió a neoplasia gástrica ( 81.9%) y sólo en 64 casos existió corroboración histológica. (71.1%) (tabla 1). Con una presentación en sexo masculino en 33 casos (51.6%) y 31 femeninos (48.4%), con un promedio de edad de 61.6 años y un rango entre 35 y 83 años (tabla 6).

De las neoplasias gástricas el 100% fué de extirpe maligno, documentándose 2 casos de Linfoma No Hodgkin ( 3.1%), 1 caso de Linfoma Malt ( 1.6%), 1 caso de tumor neuroendocrino ( 1.6%) y 60 casos del tipo de Adenocarcinoma ( 93.7%) (tabla 7).

Dentro de los adenocarcinomas en el diagnóstico histopatológico se encontraron los adenocarcinomas poco diferenciados en 39 pacientes ( 65%), los adenocarcinomas moderadamente diferenciados en 18 pacientes (30%) y los adenocarcinomas bien diferenciados en 3 pacientes únicamente (5%). Asimismo se documentaron 49 pacientes con tipo ulcerado ( 81.6%) y 11 pacientes con tipo no ulcerado (18.4%). Y 23 casos presentaron células en anillo de sello (38.3%) y 37 casos no las presentaron ( 61.7%) (tabla 8).

La localización del adenocarcinoma se presentó con mayor frecuencia en cuerpo en 34 pacientes (37.7%), fondo en 29 pacientes (32.3%) y en antro en 27 pacientes ( 30%). Observándose además que en 21 casos la localización abarcaba 2 regiones anatómicas ó todo el estómago . (23.3%) (tabla 9).

Dentro de los resultados histológicos se reportaron la variedad de adenocarcinoma tipo intestinal en 11 casos (18.3%), el adenocarcinoma difuso en 4 casos (6.6%), el adenocarcinoma infiltrativo en 2 casos (3.3%) y adenocarcinoma en 43 casos ( 71.7%) ( tabla 10).

De los 26 casos en los que no se corroboró el diagnóstico histológico con el diagnóstico endoscópico de neoplasia gástrica, los diagnósticos histológicos fueron: Gastritis crónica activa en 15 casos, representando el 57.7%. Hiperplasia de tejido linfoide en 6 casos, con un 23%, úlcera gástrica activa en 3 casos (11.5%), 1 pólipo adenomatoso (3.9%), esporas e hifas de candida en 1 caso (3.9%)(tabla 11) .

## DISCUSION

De acuerdo a lo referente a la neoplasia de esófago encontramos una mayor prevalencia en mujeres a diferencia de los hombres (2:1) en contraste con Latinoamérica ; de hecho la inversión en el predominio masculino habitual es similar al observado en Irán y Ceylán en donde esta neoplasia es el carcinoma más común del aparato gastrointestinal.

Si tomamos en cuenta qué los casos en los cuáles se aprecia una tumoración esofágica fueron biopsiados y catalogados como en estudio de etiología diferente a esofagitis péptica, la frecuencia durante el año fué baja. De los 20 casos con tumores diferentes a esofagitis péptica , 9 casos correspondieron a cáncer de algún tipo y 11 casos resultaron negativos para cáncer histológicamente, haciendo una evaluación de la calificación endoscópica de todos ellos se concluye qué la sensibilidad en este estudio fué del 66.6%, baja en realidad; mientras qué la especificidad fué bastante aceptable del orden del 87.5%. Esto nos indica qué los estudios endoscópicos son útiles para dar una idea en aquellos casos qué se presumen no cancerosos, sin embargo la calificación endoscópica no es útil per se para considerar una tumoración esofágica cómo cáncer.

La edad de aparición en está población estudiada fué similar a la reportada en otros países.

La tumoración no neoplásica más frecuentemente encontrada en está revisión fueron los papilomas, quienes son secundarios a la presencia de reflujo gastroesofágico crónico y no a un virus como los papilomas de otras partes del cuerpo a quienes se llega a considerar premalignos; en este caso no existe esa asociación.

De acuerdo a lo referente a la neoplasia gástrica, el adenocarcinoma fué la variedad más frecuente de los tumores malignos gástricos ( 93.7%).

Dentro del adenocarcinoma gástrico se considera que la variedad intestinal es epidémica ya que esta es la que tiende a disminuir cuando decrece la frecuencia de aparición de adenocarcinoma gástrico en una población dada. Mientras que la variedad difusa se considera endémica ya que es la variedad que no se modifica en frecuencia de aparición aún en poblaciones como Estados Unidos en donde ha disminuido la frecuencia. Es de llamar la atención que la variedad intestinal representa el 18.3% del total de los casos, mientras el tipo difuso sólo el 6%. Esto último significa que existe casi un 20% de casos que pudieran disminuir en la frecuencia si se realizarán las medidas preventivas adecuadas.

Cuando se diagnóstican los casos de adenocarcinoma generalmente se encuentran avanzados : el 65% es poco diferenciado histológicamente y por ende con mal pronóstico a corto plazo. Sólo el 5% de los casos estaban bien diferenciados.

La distribución por sexos es prácticamente similar en la población observada, a diferencia de otros países en donde el predominio de hombres es 2:1 en el adenocarcinoma gástrico.

El promedio de edad de diagnóstico es similar al observado en otros países, entre los 50 y 70 años de edad.

:: La sensibilidad diagnóstica del estudio endoscópico en la tumores y cambios patológicos de la mucosa gástrica no fué la esperada, pues en esta serie alcanzó tan sólo el 71.9%. Esto nos deja la duda de cuál es la especificidad actual del estudio endoscópico para el diagnóstico de las neoplasias malignas en estómago.



La distribución dentro del estómago entre las neoplasias verdaderamente malignas y falsamente malignas es similar, por lo que no es un parámetro de ayuda para sospechar la histología de la lesión observada. Si acaso la frecuencia de las lesiones benignas sea menor en el fundus que en los adenocarcinomas gástricos ( 26Vs 48% respectivamente ).

La lesión maligna más frecuente después del adenocarcinoma es el linfoma gástrico siendo igual de frecuentes en fondo y cuerpo y ligeramente menor en antro.

## CONCLUSIONES

El cáncer esofágico en el Hospital de Especialidades del Centro Médico la Raza del IMSS es más común en mujeres 2:1.

La sensibilidad diagnóstica de la endoscopia en el cáncer esofágico es del 66.6%.

La especificidad diagnóstica de la endoscopia en el cáncer esofágico es del 87.5%.

El papiloma es la neoplasia no maligna más frecuentemente observada endoscópicamente.

El carcinoma epidermoide de esófago es la neoplasia maligna más frecuente diagnosticada histológicamente.

La edad promedio observada en las neoplasias de esófago fué de 59.1 años ( rango de 29-76 años).

Dada la baja sensibilidad endoscópica, el observar cambios en la superficie esofágica no es suficiente para intuir un cáncer, y siempre se deberá de tomar biopsias para corroborar lo observado.

El adenocarcinoma gástrico es la variedad más frecuente de los tumores gástricos malignos.

El cáncer gástrico en el HECMR es prácticamente similar en lo referente a la distribución por sexos.

La edad promedio observada en las neoplasias de estómago fué de 61.6 años ( rango 35-83 años).

La sensibilidad diagnóstica de la endoscopia en el cáncer gástrico fué de 71.9%.

La especificidad diagnóstica de la endoscopia en el cáncer gástrico fué menor del 80%.

El adenocarcinoma tipo ulcerado y variedad intestinal fué lo más frecuente diagnosticado histológicamente.

La localización más frecuente del adenocarcinoma se presentó con mayor frecuencia en cuerpo gástrico.

La lesión maligna más frecuente después del adenocarcinoma es el Linfoma gástrico.

## BIBLIOGRAFIA

- 1.- Wong H., Antonioli,D. and Goldman,H. Comparative features of esophageal and gastric adenocarcinomas; Recent changes in type and frequency. *Hum.Pathol.* 17: 482, 1986.
- 2.- Reed,PI, Johnson BJ. The changing incidence of esophageal cancer. *Endoscopy* 1993; 25: 606-608.
- 3.- Day,NE. The geographic pathology of cancer of the esophagus. *Br.Med. Bull.* 40: 329, 1984.
- 4.- Silverberg, E. Boring C and Squires,T. Cancer statistics 1990 *CA* 40 (1) : 9, 1990.
- 5.- Silber W. Carcinoma of the esophagus: Aspects of epidemiology and aetiology. *Proc. Nutr. Soc.* 44: 101, 1985.
- 6.- Sleisenger and Fordtran: *Gastrointestinal Disease*. Fifth edition. 1993;1: 402-403.
- 7.- Winawer, S. Sherlock,P. Belladonna,J et al. Endoscopic Brush cytology in esophageal cancer. *JAMA* 232: 1358, 1985.
- 8.- Graham, D. Schwartz,J. Cain,C. Prospective evaluation of biopsy number in the diagnosis of esophageal and gastric carcinoma. *Gastroenterology* 1982, 82: 228.
- 9.- Miller BA. et al. *Cancer statistics : Reiew 1973-89*. Bethesda MD: National Cancer Institute. 1992.
- 10.- Endo,M. Takeshita K, Inave H. Endoscopic Mucosal Resection of esophageal cancer. *Gan to Kagaku Ryoho* 1995; 22:192- 195.
- 11.- Endo M. Endoscopic resection as local treatment of mucosal cancer of the esophagus. *Endoscopy* 1993; 25: 672-674.
- 12.- Howson,CP. The decline in gastric cancer: Epidemiology of an unplanned triumph. *Epidemiol. Rev.* 8: 1, 1986.
- 13.- Boring,C. Squires,T and Tung. *Cancer statistics, 1991*. *CA* 41: 19, 1991.
- 14.- Lambert,R. Endoscopic treatment of esophagogastric tumors. *Endoscopy* 1996; 28: 27-37.
- 15.- Paterson,IM. Easton,DF. Changing distribution of adenocarcinoma of the stomach. *Br.J. Surg.* 1987; 74: 481.

TABLA 1. Correlación Endoscópica-Histológica de neoplasias de Esófago y estómago

NEOPLASIA	DX ENDOSCOPICO	DX HISTOLOGICO	%
Esófago	20 casos	14 casos	70%
Estómago	90 casos	64 casos	71%

---

TABLA 2. Edad y Sexo en Neoplasia Esófagica

---

<u>Masculinos</u>	<u>%</u>	<u>Femenino</u>	<u>%</u>	<u>Promedio de edad</u>
6	42.8	8	57.2	59.1

---

---

TABLA 3. Dx. Histológico de Neoplasia Esofágica

---

<u>Benigno</u>	<u>Casos</u>	<u>%</u>	<u>Maligno</u>	<u>Casos</u>	<u>%</u>
Papiloma	5	100	Ca Epidermoide	7	77.7
			Adenocarcinoma	2	22.3

---

ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA

---

TABLA 4. Localización Neoplasia Esofágica .

---

	<u>Benigno</u>	<u>%</u>	<u>Maligno</u>	<u>%</u>
ercio Proximal	0	0	1	11.11
ercio Medio	2	40	2	22.2
ercio Distal	3	60	6	66.6

---



---

TABLA 5. Otros Diagnósticos Diferentes a Neoplasia de Esófago .

---

<u>DIAGNOSTICO</u>	<u>CASOS</u>	<u>PORCENTAJE</u>
Esofagitis	4	66.6%
Metaplasia Intest.	1	16.6%
Ulcera Activa	1	16.6%

---

---

TABLA 6. Edad y Sexo en Neoplasia Gástrica

---

<u>Masculinos</u>	<u>%</u>	<u>Femeninos</u>	<u>%</u>	<u>promedio edad</u>
33	51.6	31	48.4	61.6

---

---

TABLA 7. Clasificación Neoplasias Gástricas.

---

<u>TIPO</u>	<u>CASOS</u>	<u>PORCENTAJE</u>
Adenocarcinoma	60	93.7%
Linfoma No Hodgkin	2	3.1%
Linfoma Malt	1	1.6%
T. Neuroendocrino	1	1.6%

---

---

TABLA 8. Hallazgo Histológico Adenocarcinoma  
Gástrico.

---

<u>Grado Diferenciación</u>	<u>Casos</u>	<u>Porcentaje</u>
Poco Diferenciado	39	65%
Moderadamente Dif.	18	30%
Bien Diferenciado	3	5%
Ulcerado	49	81.6%
No Ulcerado	11	18.4%

---

---

TABLA 9. Localización Adeno CA Gástrico .

---

<u>LOCALIZACION</u>	<u>CASOS</u>	<u>PORCENTAJE</u>
Cuerpo	34	37.7%
Fondo	29	32.3%
Antro	27	30%
+ 2 regiones	21	23.3%

---

---

TABLA 10. Variedad del Adeno Ca Gástrico

---

<u>TIPO</u>	<u>CASOS</u>	<u>PORCENTAJE</u>
Intestinal	11	18.3%
Difuso	4	6.6%
Infiltrativo	2	3.3%
Adenocarcinoma	43	71.7%

---

---

TABLA 11. Otros Diagnósticos Diferentes a  
Neoplasia Gástrica

---

<u>DIAGNOSTICO</u>	<u>CASOS</u>	<u>PORCENTAJE</u>
Gastritis Crónica Act.	15	57.7%
Hiperplasia Linfoide	6	23%
Úlcera Gástrica Activa	3	11.5%

---