

21

11209

2ej.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MEXICO



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MEXICO**

**DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO**

**INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO**

**CENTRO HOSPITALARIO "20 DE NOVIEMBRE"**

**CANCER GASTRICO**

**MANEJO Y RESULTADOS: EXPERIENCIA DE 5 AÑOS EN EL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL DEL HOSPITAL "20 DE NOVIEMBRE"**

**T E S I S**

**PARA OBTENER EL TITULO DE**

**E S P E C I A L I S T A E N :**

**C I R U G I A G E N E R A L**

**P R E S E N T A :**

**JAIME ALONSO / CUEVAS TELLO**

Asesor de Tesis: Dr. Manuel Cerón Rodríguez

265989

México, D. F.

Febrero, 1998



**ISSSTE**

**TESIS CON FALLA DE ORIGEN**



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**

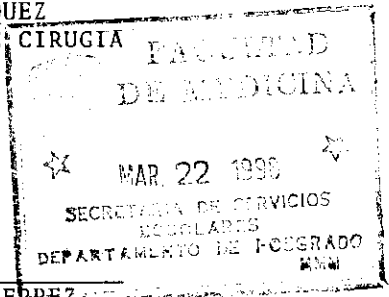
Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

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.

*[Handwritten signature]*  
DR. EDUARDO FERNANDEZ DEL VILLAR  
JEFE DEL SERV. DE CIRUGIA GENERAL

*[Handwritten signature]*  
DR. MANUEL CERON RODRIGUEZ  
ASESOR DE LA TESIS

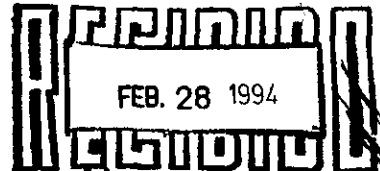
*[Handwritten signature]*  
DR. ROBERTO REYES MARQUEZ  
COORD. ENSEÑANZA DE DIV. DE CIRUGIA



*[Handwritten signature]*  
DR. EDUARDO LLAMAS GUTIERREZ  
COORD. DE ENSEÑANZA E INVEST.

*[Handwritten signature]*  
DR. ERASMO MARTINEZ CORDERO  
JEFE DE ENSEÑANZA CIR. GRAL.

I. S. S. S. T. E.  
SUBDIRECCION GRAL. MEDICA



JEFATURA DE LOS SERVICIOS DE  
ENSEÑANZA E INVESTIGACION

## A G R A D E C I M I E N T O S

### A DIOS:

Por permitirme vivir y ponerme en el camino de esta noble profesión.

### A MIS PADRES:

Deseo expresarles que mis ideales esfuerzos y logros son también suyos e inspirados en ustedes y constituyen el legado más importante que pudiera recibir, con amor, admiración y respeto.

### A MI ASESOR DE TESIS:

Sabiendo que no existe forma alguna de agradecer todo el tiempo dedicado a mi formación académica y para la realización de esta tesis.

265789

# I N D I C E

INTRODUCCION.....	1
JUSTIFICACION.....	21
OBJETIVOS.....	23
MATERIAL Y METODOS.....	24
RESULTADOS.....	25
ANALISIS.....	28
CONCLUSIONES.....	31
BIBLIOGRAFIA.....	33

## I N T R O D U C C I O N

El cáncer gástrico es una patología que geográficamente se distribuye en todo el mundo, aunque la causa precisa del cáncer permanece desconocida, y no se sabe aún que determine que una célula se comporte como célula cancerosa, (2). Varias coorelaciones han identificado factores etiológicos tales como:

**AMBIENTALES:** Prevalciendo en lugares como Japón, Islandia, Chile y Hawaii, causando en Japón el 54.2% del total de --- muertes en hombres y el 39.4% en mujeres. (2,33,35.36.37)

La incidencia del carcinoma gástrico en los esta-- dos Unidos, ha disminuido 5 veces (de 25 a 5 po 1000.000) - en los últimos 50 años, por lo tanto, el claro abatimiento de la tasa de mortalidad, se piensa es secundario a una disminución en la frecuencia de presentación de esta enferme-- dad más que a una mejoría objetiva en su tratamiento.(2)

**DIETA:**La dieta en el cáncer gástrico parece coorelacionarse positivamente con la ingestión de almidones, vegetales enlatados, carnes y pescados ahumados que existe en algunos países, notablemente en Islandia, quiza el proceso de ahumado y de curación de carne y pescado agregue carcinógenos ó hidrocarburos carcinogénicos a los alimentos. De acuerdo con Bailey y Dungall, los alimentos ahumados contienen 3-4 benzpireno, también se ha implicado como carcinogénico el uso - persistente de comidas y líquidos excesivamente calientes, los nitritos incluidos en la dieta tambien han sido implica dos en el desarrollo del cáncer gástrico. (2,7,8,15,33.34,35, 36,37.).

**RAZA Y ANTECEDENTES HEREDITARIOS:** Diversos factores genéticos parecen jugar un papel importante en el cáncer gástrico como se desconoce la causa del mismo, se han dirigido todos los esfuerzos para esclarecer en que circunstancias y en -- que tipo de individuos se observa con más frecuencia, ocu-- rre con mayor frecuencia en algunas familias, en personas -- con grupo sanguíneo "A" positivo, más frecuente en Japón y dos veces más entre los negros de U.S.A. que entre los blan-- cos.

Se ha observado además, que parientes en primer -- grado de pacientes con cáncer gástrico, tienen aumentado de 2 a 4 veces más el riesgo de desarrollar cáncer gástrico.

En México esta patología ocupa el 2do. lugar de -- las neoplasias del tubo digestivo, aunque estadísticas re-- cientes en nuestro país, han demostrado un incremento en la frecuencia del mismo, ya que se ha reportado que ocupa el -- segundo lugar de las defunciones por cáncer en México en -- masculinos y el tercer lugar de defunciones en mujeres.(38)

Este incremento se ha atribuido a el diagnóstico tardío de la enfermedad, en comparación con el diagnóstico precoz que se realiza en Japón, ya que en este país se rea-- lizan endoscopias masivas.

**SEXO:** Ocurre más frecuente en hombres que en mujeres,(8:5) y la incidencia tambien es mayor en grupos de nivel socio-- económico bajo, y es raro antes de los 30 años, observándo-- se con mayor frecuencia entre los 50 y 70 años.

**ANEMIA PERNICIOSA:** Que se relaciona con la gastritis atrófi-- ca de tipo "A" que según los expertos proviene de una le---

sión autoinmunitaria crónica de la mucosa gástrica, observándose una incidencia del 10% de carcinoma gástrico en individuos con anémia perniciosa. (26,33)

**POLIPOS GASTRICOS:** Estos se descubren accidentalmente como alteraciones poco comunes en radiografías, ó durante el estudio endoscópico practicado, ~~por~~ ~~sin~~ ~~relación~~ con el pólipo, estos deben ser eliminados por polipectomía con asa siempre que sea posible, ó biopsias extensas hechas para definir su naturaleza histológica, desde el punto de vista histológico, casi todos los pólipos epiteliales de estomago son hiperplásicos ó adenomatosos, en series se ha señalado una relación de 59% entre cáncer gástrico y pólipo adenomatoso de estomago. (2,20,25)

**RESECCION GASTRICA:** Múltiples series han descrito una mayor incidencia de carcinoma gástrico (en muñón) de 2-5% más, después de resección gástrica anterior por transtornos benignos. El incremento señalado en el riesgo de 3-6 veces en comparación con la población general, se manifiesta solo después de un intervalo de 15 a 22 años, y no depende del transtorno no maligno que obligó la operación gástrica, ni el tipo de intervención hecha. (2,26,27,33)

**TABACO Y ALCOHOL:** Estos se han considerado como factores etiológicos en relación a adenocarcinoma del fondo gástrico y tercio inferior del esófago, aunque otros estudios no han comprobado esta teoria. (23)

**ENFERMEDAD DE MENETRIER:** La hipertrófia gigante de los pliegues de la mucosa gástrica constituye una enfermedad de origen desconocido, acompañada a veces de pérdida intensa de proteínas a partir del estómago, y por lo tanto de



hipoproteinemía, el problema final y en ocasiones desalentador consiste en que el 10% de los pacientes con gastritis hipertrófica gigante pueden desarrollar más tarde carcinoma de estómago, es probable que cuando no exista error original en el sentido de diagnosticar el tumor como enfermedad de Menetrier, este dependa de metaplasia de la mucosa gástrica y de la tendencia de la gastritis atrófica a producir carcinoma gástrico. (2,26,27,33)

#### **GASTRITIS ATROFICA CRONICA/METAPLASIA INTESTINAL:**

La gastritis atrófica crónica del tipo "B" con metaplasia intestinal resultantes es considerada como lesión precancerosa, la lesión difusa de la mucosa a menudo no genera síntomas, es más, prevalece en ancianos y puede acompañarse de úlcera gástrica benigna en el 33 % de los pacientes, un estudio prospectivo señaló un riesgo de carcinoma en tales enfermos vigilados en 15 años.(25,26,33,34)

#### **TIPOS HISTOLOGICOS DE LAS NEOPLASIAS:**

El 95% de los tumores del estómago son malignos, -- desde el punto de vista histopatológico, con mucho los tumores malignos más comunes del estómago son los adenocarcinomas (97%) de todos los tumores.

Los sarcomas el 2% y pueden ser de diferentes tipos siendo los más comunes los linfosarcomas y los leiomiomas. Existen otros tipos de sarcomas que rara vez afectan al estómago, pero han sido claramente identificados pudiendo derivar del tejido neural, angioblástico ó fibroblástico, otros como el adenocantoma, los carcinoides y el teratoma maligno - ocupan menos del: 0.5%. (2,18,34,35,36,37)

### ANATOMIA PATOLOGICA:

Aproximadamente el 50% de los cánceres gástricos ocupan los segmentos pilórico y antral, el 20% ocupan la curvatura menor, el 5% la curvatura mayor, el 5% el fondo, el 10% en el área cardial y el 10% restante es difuso. (2,4,12,18,33,34,35,36,37)

Como ya se mencionó, el 97% son adenocarcinomas, estos pueden estar, bien; mediano y poco diferenciados, El bien diferenciado es de tipo papilar ó tubular, y el poco diferenciado es de tipo ascinar ó en células en anillo de sello. (33,34,35,36,37)

### MACROSCOPICAMENTE:

En 1926, Bormann, propuso una clasificación patológica de los carcinomas gástricos basada en su aspecto a simple vista. (Tipo sobresaliente y tipo deprimido). El fundamento de la diferenciación era la observación de que los individuos con tumores que sobresalían tenían una mejor evolución que los que sufrían neoplasias infiltrativas (6,18).

En 1981, la sociedad Japonesa de investigación mencionada, definió 3 tipos: **CLASIFICACION ENDOSCOPICA:** SOBRESALIENTE (I), PLANO (II), EXCAVADO (III). en base con el contorno tumoral. Chia y cols. al revisar 1600 casos de cáncer incipiente, advirtieron que las neoplasias plana, elevada y deprimida, aparecían con una proporción del 1:2:4. De manera similar, Sowa y cols. advirtieron que un 70% de los sujetos con cáncer gástrico incipiente tenían la configuración deprimida, aunque algunos investigadores ob-

servarón que la forma ulcerada ó deprimida del cáncer gástrico temprano tenían un mejor pronóstico, dicha diferencia en los resultados no ha sido constante ni congruente. (18).

**MODO DE EXTENSION:**

Las principales formas de diseminación del carcinoma gástrico son las siguientes: 1) En la pared del estómago, 2) en las paredes duodenales y esofágicas, 3) hacia los gánglios vecinos ó distantes a través de los vasos linfáticos, 4) hacia órganos adyacentes ó hacia la pared abdominal, 5) hacia órganos distantes a través del torrente circulatorio, 6) a través de la cavidad peritoneal, 7) por trasplante y 8) Implante transluminal. (18,19,33,34, 35,36,37)

Debido a que los 2 factores más importantes que afectan la sobrevida en el cáncer gástrico resecales son: La extensión de la enfermedad a través de la pared gástrica, ó la presencia ó ausencia de adenopatía regional. Se propuso un método más preciso para evaluar la extensión del proceso maligno, este sistema llamado TMM. Se utiliza cada vez con mayor frecuencia, desde 1970, dada por un comité de E.U.A. para el estudio del estadio del carcinoma gástrico. (18,39)

## T . N . M .

- T - Tumor primario. El principal factor es el grado de penetración de la pared gástrica por el carcinoma.
- TI - Confinado a la mucosa.
- T2 - Afecta mucosa y submucosa.
- T3 - Penetra a través de la serosa, con invasión de los tejidos contiguos ó sin ella.
- T4 - El tumor invade estructuras vecinas.
- N - Ataque ganglionar.
- NO - No hay metástasis a gánглиos linfáticos regionales.
- NI - Metástasis a gánглиos perigástricos en un radio de 3 cm. del borde del tumor primario.
- N2 - Metástasis en gánглиos perigástricos en un radio que excede de 3 cm. del borde del tumor primario, ó en gánглиos en las cadenas de las arterias estomáquica, hepática, esplénica ó tronco celiaco.
- M - Metástasis a distancia.
- MO - No hay metástasis a distancia.
- MI - Metástasis a distancia.

## ETAPAS O ESTADIOS.

	0	IA	IB	I	II	III	IV
T	IS	I	1	- 2	1-3	2-4	1-4
N	--	-	0	- 1	0-2	0-2	1-3
M	--	-	-	-	-	-	1

Tambien se ha usado el sistema Japonés para la clasificación del carcinoma gástrico llamado **PHNS**.

- P - Grado de invasión del peritoneo.
- PO - Sin invasión peritoneal
- PI - Invasión a estructuras supramesocólicas sin invasión del diafragma.
- P2 - Algunas metástasis por debajo del diafragma y del mesocolon transversero.
- P3 - Múltiples metástasis arriba y abjo del mesocolon --- transversero.
- H - Significa el grado de metástasis hematógica al hígado
- HO - Sin metástasis
- HI - Metástasis limitada a un lóbulo
- H2 - Pequeñas matástasis a ambos lóbulos
- H3 - Múltiples metástasis hepáticas.
- N - Indica invasión ganglionar
- NO - Negativo
- NI - Invasión a grupo ganglionar (UNO)
- N2 - A dos grupos ganglionares
- N3 - A tres grupos ganglionares
- N4 - A cuatro grupos ganglionares
- S - Indica penetración a serosa gástrica
- S0 - Sin penetración a serosa
- SI - Mínima invasión
- S2 - Obvia invasión de la serosa
- S3 - Invasión de serosa y estructuras vecinas.

**GANGLIOS LINFATICOS REGIONALES DEL ESTOMAGO.****GANGLIOS LINFATICOS PERIGASTRICOS:**

- Yuxtacardiacos derechos
- Yuxtacardiacos Izquierdos
- De la curvatura mayor
- De la curvatura menor
- Suprapilóricos
- Infrapilóricos

**GANGLIOS LINFATICOS EXTRAPERIGASTRICOS:**

- Cadena coronaria estomáquica
- Cadena de la arteria hepática
- Cadena del tronco celiaco
- Cadena del tronco esplénico
- Grupo del hilio esplénico
- Grupo de la arteria esplénica
- Cadena del ligamento hepatoduodenal
- Retropancreático
- Base del mesenterio
- De la arteria cólica media
- Periaórticos

**MANIFESTACIONES CLINICAS:**

No existen signos patognomónicos de cáncer gástrico en estadio temprano, las denominadas manifestaciones clínicas, son habitualmente las correspondientes a la etapa de inoperabilidad, ó al menos al estadio avanzado. Los síntomas más comunes del cáncer gástrico en orden de frecuencia son los siguientes: (33,34,35,36,37)

<b>PERDIDA DE PESO</b>	<b>97%</b>
<b>DOLOR ABDOMINAL EPIGASTRICO</b>	<b>85%</b>
<b>NAUSEAS Y VOMITOS</b>	<b>80%</b>
<b>ANOREXIA</b>	<b>75%</b>
<b>SINTOMAS DE ANEMIA</b>	<b>22%</b>
<b>DISPAGIA</b>	<b>18%</b>
<b>HEMATEMESIS</b>	<b>14%</b>
<b>MELENA</b>	<b>8%</b>

**TIPOS CLINICOS:**

Es posible reconocer 4 tipos clásicos comunes: - El tipo insidioso, el tipo obstructivo, el tipo úlcer gástrica y el tipo infiltrante ó linitis plástica.

**1.- TIPO INSIDIOSO:**

Diagnostico difícil por la vaguedad de síntomas debido a la localización del tumor, en el cuerpo, y de este, la curvatura mayor, sus síntomas iniciales son: malestar ó dolor epigástrico, anorexia, nauseas, pérdida de peso y anemia. A la exploración física, el aspecto del paciente puede ser bueno, o bien, puede estar deteriorado, a la palpación del abdomen puede estar todo en orden ó sospe

charse cierto grado de dolor ó rigidez en epigástrico con la presión firme. Hunt recomienda explorar al paciente parado con lo que se puede palpar un pequeño tumor gástrico, que se pasa al palpar en decúbito dorsal. En el 25-30% de los casos se encuentra una masa palpable ó evidencia de -- metástasis. (33,34,35,36,37)

#### **TIPO OBSTRUCTIVO:**

Los síntomas varían de acuerdo a la ubicación de la tumoración, sea en el cardias ó el píloro. Los elementos comunes de ambos casos es la *obstrucción*, si está en el cardias ó cerca de él, el paciente manifestará disfagia creciente, primero para alimentos sólidos luego a líquidos. La disfagia es el primer síntoma para el 50% de los pacientes con compromiso del cardias. La pérdida de peso es excesivamente rápida, el dolor es referido al torax, al precor<sup>d</sup>io ó a la base del cuello. Cuando se halla en la región pilórica y es difícil establecer si se trata de un tumor ó de una úlcera.

#### **TIPO ULCERA PEPTICA:**

El 30% de los pacientes con cáncer gástrico refieren una historia del úlcera péptica de varios años de evolución, en algunos casos es imposible hacer la diferenciación pre-quirúrgica entre una úlcera gástrica benigna y un carcinoma gástrico úlcerao. Uno de los factores involucrados en la mortalidad del cáncer gástrico, es la persistencia con tratamiento médico por una supuesta úlcera gástrica. Particularmente cuando dicho tratamiento da alivio temporal. Se puede manifestar como una perforación libre hacia la cavidad peritoneal, con todos los signos de peri-



tonitis con hematemesis. A la exploración física, además - de lo señalado, podemos encontrar los signos de una enfermedad avanzada como son: masa abdominal palpable (30%), hepatomegalia, que nos indicará una posibilidad de metástasis (17%), nódulo de virchow, que es la palpación de un ganglio en la región supraclavicular izquierda (14%), ascitis por implantes peritoneales (3%) tumor de krukenberg y cul-de-sac pélvico ó estante de Blumer, también los implantes gravitacionales de ovario y en el fondo de saco respectivamente con un 5 y 1 %.

#### **TIPO INFILTRANTE O LINITIS PLASTICA:**

Este puede crecer a lo largo de la mucosa en forma superficial ó introducirse directamente en la pared gástrica. La propagación superficial causa lesiones extensas semejantes a placas que tornan lisa la mucosa gástrica y aplanan la mucosa de la misma. La mucosa pierde el aspecto aterciopelado normal y se torna opaca, rígida y se fija a las capas más profundas. Más a menudo la infiltración se extiende a todo el grosor de la pared y produce la llamada **LINITIS PLASTICA**. La pared está notablemente engrosada, -- hasta alcanzar 2-3 cm. y adopta rigidez cartilaginosa, este aspecto se ha comparado con la "botella de cuero", en el corte se advierte que el engrosamiento depende de que se ha introducido el tumor blanco arenoso, y ha separado las capas del estómago. La mucosa pierde su movilidad, se fusiona a la pared subyacente y está atrófica y aplanada. -- a menudo hay ulceraciones superficiales, al igual que siembras en la superficie serosa. (34)

**DIAGNOSTICO:**

Siempre se insistirá en la importancia del diagnóstico temprano del cáncer gástrico, la debilidad vaga, la dispepsia, la anorexia, la pérdida de peso y la anemia inexplicable pueden ser los síntomas anunciadores de la enfermedad maligna del estomago. (2,18,33,34,35,36,37)

Las pruebas de laboratorio que más interés tienen son : El hematócrito y cifras eritrocitarias bajas, las pruebas funcionales hepáticas y prueba de sangre oculta en heces. (2,18)

**SEGD:** Los Japoneses al contar con mejores métodos de diagnóstico han creado programas de detección temprana masivas en este país, el método fundamental en diagnóstico del cáncer gástrico ha sido la serie esofagogastroduodenal con bario, el cual tiene una sensibilidad y especificidad por arriba del 80%, y con doble contraste con medio hipotónico con bario muy soluble, mejora la exactitud a más del 90%. (2,32,33,35,36,37)

**ENDOSCOPIA:**

El gastroscopio flexible de Wolf-Schindle, fué introducido en 1932, en años recientes, la endoscopía con aparato fibróptico ha sustituido a los estudios radiográficos, la endoscopía de alta calidad, permite la inspección directa de lesiones de la mucosa gástrica, por si sola tiene una sensibilidad y especificidad del 71 y 98% respectivamente, para identificar el carácter canceroso de una lesión gástrica, en 2-5 % sus datos son falsos positivos y 1.3-28% falsos negativos. Este también permite extraer un fragmento de biopsia de la lesión, para así, confirmar el

diagnóstico histopatológico, con lo cual se mejora la exactitud diagnóstica de la técnica de 70-98%, cuando el número de fragmentos se incrementa de 1-7. (2,10,11,18,19,33,35,36,37,-39.)

#### **CITIOLOGIA POR ESCOBILLON:**

En 1946, Papanicolaou introdujo el método diagnóstico de tumores malignos mediante un estudio de células exfoliadas, (55-80%) esta sensibilidad es menor que la de la biopsia pero sus datos son complementarios en cuanto la exactitud global. Por la razón expuesta se le recomienda si los resultados de la biopsia son normales a pesar del aspecto canceroso de la lesión. En sujetos con lesiones infiltrantes recurrentes y los que tienen linitis plástica submucosa, quizá no sea útil la citología con toma por escobillón. (2,18,31,33,35,37)

#### **TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTARIZADA:**

Por costumbre se ha utilizado la tomografía computarizada del abdomen, los carcinomas gástricos primarios tienen el aspecto de zonas engrosadas de la pared del estómago. La neoplasia puede ser localizada circunferencial ó difusa. (linitis plástica). La medición del grosor de la pared es importante pues la probabilidad de extensión tumoral al parecer -- guarda relación directa con tal parámetro. Hada y cols. sugirieron que existe extensión tumoral si la pared del estómago tiene un espesor mayor de 2 cm. En caso de invasión manifiesta de la pared y la serosa gástrica, puede observarse un contorno borroso de la serosa ó densidades a manera de "cordones" ó adherencias que se extiendan al interior de la grasa perigástrica. (29,30,35,37)

Por tomografía computarizada es posible identificar la invasión directa de estructuras vecinas, como diafragma, páncreas colon transverso, bazo, o lóbulo izquierdo del hígado. Por el método anterior, es posible también identificar metástasis en los órganos mencionados, e incluso, a glándulas suprarrenales y ovarios (tumor de krukemberg). Con la tomografía computarizada también se detecta ascitis. A pesar de lo expuesto, la tomografía mencionada conlleva a limitaciones importantes y tiene una exactitud diagnóstica del 72%. (29,30,35,37)

#### **ULTRASONIDO ENDOSCOPICO:**

En fecha reciente, se ha introducido un nuevo método para la clasificación pre-operatoria del cáncer gástrico. Tio y cols. utilizarón un pequeño transductor ultrasonoro unido a la punta de un endoscopio fibróptico, este método se ha refinado y actualmente se le puede utilizar con precisión para definir el estadio del cáncer gástrico, precisando con enorme exactitud la profundidad de la infiltración tumoral y también puede identificar las metástasis a gánglios linfáticos con mayor precisión que la tomografía computarizada. También detecta las metástasis del lóbulo hepático izquierdo, y la invasión directa a estructuras vecinas. Tio y cols. señalan una precisión global de 83% para definir la profundidad de penetración y de 66% para clasificar el estadio de las metástasis ganglionares. Lightdale y cols. compararon la exactitud global del ultrasonido por endoscopia con la de la tomografía computarizada en cuanto a concordancia con los hallazgos histopatológicos quirúrgicos. El ultrasonido endoscópico

fué preciso en la valoración de la profundidad de la lesión - en 88% de las piezas en comparación con 35% con la tomografía computarizada. En caso de metástasis ganglionares, el ultrasonido mencionado fué exacto en 72% de los casos, en tanto que la tomografía lo fué en 45% de los enfermos. (10,11)

El ultrasonido endoscópico, a causa de su limitada penetración, no detecta metástasis a distancia, y por ello -- no sustituye a la tomografía computarizada, sin embargo, es -- más preciso para valorar la profundidad de penetración y la -- presencia de metástasis ganglionares, y por el motivo comenta do representa un progreso importante en la clasificación clínica del cáncer gástrico por etapas. También ha sido de enorme utilidad para identificar recidivas en las anastomosis. -- (10,11,32,39).

#### **TRATAMIENTO:**

En 1810, Merren realizó la primera resección del píloro en animales. Pean (1879) realizó la primera resección -- gástrica sin éxito. Billroth (1881) llevó a cabo la primera -- resección pilórica exitosa en un ser humano. Cooner (1884) in tentó la primera gastrectomía total por cáncer gástrico sin -- éxito, hasta que Schatter (1897) realizó la primera gastrecto mía total exitosa. Cuneo(1906) describió el drenaje linfático del estómago, influyendo esto en la extensión de las reseccio nes gástricas por esta patología. Durante los primeros años -- de este siglo, W.J. Mayo, C.H. Mayo y Moynihan, extendieron -- el campo de la gastrectomía para el tratamiento de las lesio nes malignas del estomago, se les debe grán reconocimiento --

por sus enseñanzas y por haber demostrado que la mortalidad - post-quirúrgica por resecciones gástricas podría reducirse mediante la experiencia y juicio del clínico.

En 1888, Von Eiselberg, realizó por primera vez, la modificación que ahora se conoce ampliamente como **BILLROTH II** Tipo Hofmeister. Coller y cols. (1941) concluyeron que en muchos casos las adenopatías gástricas asociadas no son extirpadas en forma adecuada porque la lesión es extensa, haciéndose solo una operación paliativa. (37)

Tal como ocurre con cualquier cáncer, con la operación del estómago se busca optimizar la capacidad de curación en sujetos con la enfermedad local, solamente y lograr la paliación mejor para aquellos con la forma avanzada e incurable

La gastrectomía total ampliada es una operación que conlleva a cifras apreciables de morbilidad y mortalidad, (menor del 4%) y la sobrevida a 5 años obtenida con esta cirugía aumenta en forma importante (cercana al 50%) cuando no existe infiltración ganglionar regional, pero es menor del 20% cuando los ganglios regionales se encuentran involucrados. (1,2,9,12, 13,18,39).

Aunque con los progresos de la anestesia y la atención perioperatoria global, los índices de complicaciones y fallecimientos en el post-operatorio han disminuido impresionantemente.

En lo pasado varió enormemente el tratamiento quirúrgico del cáncer de estómago, en cuanto a la magnitud de la ablación. La operación practicada por Billroth fué una gas-

trectomía subtotal distal. Más tarde, la cirugía más practica da fué la ablasi3n sub-total radical. Entre 1940 y 1959, la operaci3n de elecci3n fué la gastrectomía radical total en todos los carcinomas gástricos. Desde esa fecha, la operaci3n ha sido objeto de innumerables cambios y ellos han dado como resultado el criterio actual que se sigue en el tratamiento quirúrgico del cáncer de est3mago.

Hoy día, ninguna técnica terapéutica, excepto la ablasi3n quirúrgica radical, brinda posibilidad alguna de curaci3n. (1,4,9,12,13,15,18,37,39)

#### **SIGNOS CLINICOS DE INOPERABILIDAD:**

- 1.- Palpaci3n de tumores ó placas duras secundarias mediante el examen rectal ó vaginal, en el peritoneo pelviano.
- 2.- Ganglio de Virchow en el cuello cuando es de consistencia dura, petrea, está aumentado de tamaño y es adherente a las estructuras circundantes. En casos de duda, debe efectuarse su biopsia para hacer el diagnóstico de certeza.
- 3.- Presencia de nódulos de consistencia dura, de color rojo obscuro y de naturaleza maligna en el ombligo.
- 4.- Detecci3n de nódulos cancerosos subcutaneos.
- 5.- Presencia de un grado marcado de ascitis, esto puede ocurrir en casos de metástasis hepáticas, carcinomatosis peritoneal ó por obstrucci3n de la vena porta por anglios con metástasis aumentados de tamaño.
- 6.-Aumento de tamaño y nodularidad de ambos lóbulos hepáticos por implantes metastásicos.
- 7.- Evidencia radiológica de compromiso de una extensa área del est3mago por un tumor ulcerado y de amplia fijaci3n del órgano a estructuras circundantes.

en tanto que la mayoría de los sujetos tratados quirúrgicamente tuvo otros linfomas intestinales que conllevan un pronóstico peor.(40)

#### QUIMIOTERAPIA:

Se han publicado datos mínimos del empleo de medidas coadyuvantes con quimioterapia en cáncer gástrico temprano, se han reportados cifras impresionantes de buenos resultados con la cirugía y con la quimioterapia estándar contra el cáncer gástrico (5-fluoracilo, estreptozotocina, --- adriamicina), y en cáncer gástrico avanzado se han reportado la utilización de mitimicina C, de 7.3 a 12.2 meses(41,3)

En relación a linfoma gástrico, se ha reportado una cifra de supervivencia quinquenal fué mejor en sujetos en etapa IE (limitada al estomago) (76%) que en aquellos -- con enfermedad IIE, (que se extiende a gánglios linfáticos regionales. (42).

#### TRATAMIENTO QUIRURGICO DE URGENCIA:

El tratamiento quirúrgico del cáncer gástrico debe ser siempre en forma programada, teniendo al paciente con todos los estudios que documenten el diagnóstico y , al mismo en las mejores condiciones generales posibles , esto para disminuir las cifras de mortalidad operatoria, quedando el tratamiento de urgencia unicamente para las complicaciones del cáncer gástrico, como serían: Perforación, sangrado masivo y obstrucción, y el procedimiento quirúrgico va en relación con los hallazgos trans-operatorios.



**PROCEDIMIENTOS PALIATIVOS:**

- 1.- Gastrostomía con los métodos de STAMM, WITZEL, MARWEDEL KADER, DEPAGE-JANEWAY, SPIVACK Y BECK-JIANU.
- 2.- Yeyunostomía con los métodos de STAMM, WITZEL Y MARWEDEL
- 3.- Gastroyeyunostomía antecólica.
- 4.- Gastrectomía parcial ó subtotal y total radical con resección segmentaria de metástasis hepáticas, con cualquier tipo de reconstrucción indicada.

**TRATAMIENTO COADYUVANTE:**

Se han publicado datos mínimos del empleo de medidas coadyuvantes en el cáncer gástrico temprano,, la Quimicoterapia y la radioterapia, no han sido eficaces como formas primarias de tratamiento, aunque con ellas se puede conseguir alguna respuesta inicial.

**RADIACION:**

La radioterapia se ha recomendado en 2 situaciones: como tratamiento primario para erradicar enfermedad local y como coadyuvante de la ablación quirúrgica, completa ó paliativa, y con ello disminuir el peligro de recidiva local. Herrmann y cols. revisaron 71 pacientes con linfoma - gastrointestinal primario, estos concluyeron en que la sola radioterapia es el tratamiento más indicado, particularmente en enfermedad I y II, y señalaron una cifra supervivencia quinquenal del 75%, con la radioterapia, en comparación con 25% con la cirugía sola. Por desgracia, es difícil hacer comparaciones de supervivencia porque la mayoría de los enfermos tratados con radioterapia tuvo linfoma gástrico, -

## J U S T I F I C A C I O N

El servicio de Cirugía General del Hospital "20 de Noviembre", tradicionalmente ha estudiado y tratado con un enfoque quirúrgico las neoplasias, particularmente el cáncer -- gástrico, esto llevado a cabo en forma conjunta con el servicio de Oncología, para determinar en forma precisa el apoyo - con quimioterapia y Radioterapia.

Muchas de las neoplasias gástricas referidas a este hospital, no siempre son manejadas con un enfoque oncológico, porque dada la naturaleza y comportamiento de esta enfermedad, la cual, ocasionalmente se presenta en forma de patología - benigna, ó como urgencia quirúrgica sin diagnóstico previo. - (PERFORACION, OBSTRUCCION O HEMORRAGIA MASIVA) Surge la necesidad de determinar, tanto como sea posible en forma previa, - la naturaleza maligna de la lesión.

En los últimos 10 años, no encontramos dentro de -- nuestro servicio, un documento que nos muestre:

- 1.- Cual es la incidencia real del cáncer gástrico en nuestro servicio?
- 2,- Que modificaciones ha habido en la forma de presentación del cáncer gástrico en nuestro medio?
- 3.- Siendo nuestro hospital un centro de referencia nacional, en los últimos años ha adquirido nuevas tecnologías para el - estudio adecuado de estos pacientes, y , considero muy importante, analizar si se están aprovechando estos recursos debidamente para el manejo de esta patología en forma temprana.

De igual forma, discutir cuales han sido los resultados por - estas modificaciones en los últimos años.

4.- El criterio quirúrgico para el cáncer gástrico está evolucionando en forma continua, y es muy importante estudiar si - el servicio de Cirugía General, está tratando de acuerdo con conocimientos actuales esta patología.

5.- Finalmente, es posible que al analizar nuestra incidencia, la morbi-mortalidad y resultados quirúrgicos, se logren proponer alternativas de acuerdo a nuestra experiencia, y que sean adecuadas para nuestro servicio y para nuestros derechohabientes.

## O B J E T I V O S .

El objetivo principal de este estudio, es conocer específicamente, si el manejo de nuestros pacientes en relación con cáncer gástrico es el adecuado, ya que no ha habido en nuestro hospital, una revisión en la cual podamos observar cual ha sido el resultado en el manejo de nuestros pacientes con esta patología, así mismo:

- Analizar la incidencia del cáncer gástrico en el servicio de cirugía general del Hospital "20 de Noviembre".
- Coorelacionar la etapa de presentación de estos, con el pronóstico ó etapa de sobrevida.
- Analizar la localización topográfica y diagnóstico histopatológico.
- Analizar la distribución por edad y sexo y factores de riesgo.
- Evaluar la sensibilidad y especificidad de los métodos diagnósticos para el cáncer gástrico en nuestro medio.
- Tratamiento quirúrgico impartido y terapia adyuvante.
- Evaluar la morbilidad y mortalidad operatoria
- Analizar la sobrevida de nuestros pacientes tratados.
- Evaluar las modificaciones que ha habido en la forma de presentación del cáncer gástrico en nuestro medio.

## M A T E R I A L   Y   M E T O D O S

Se procedió a revisar los expedientes clínicos de 38 pacientes a los cuales se les realizó Diagnóstico Histopatológico de Cáncer Gástrico, el estudio comprendió un periodo de 5 años, (Enero-01-1988 al 31-Diciembre-1992). Realizado en el servicio de Cirugía General del Hospital "20 de Noviembre" -- del I.S.S.S.T.E.

Se analizarón las siguientes variables: Edad, Sexo, Tiempo transcurrido entre , inicio de los síntomas y fecha de ingreso, Tiempo transcurrido para realizar el diagnóstico de -- cáncer gástrico, sintomatología más frecuente, antecedentes de importancia que orienten a posible etiología, método diagnóstico utilizado, así como la sensibilidad y especificidad del -- mismo, localización topográfica de la lesión, anatomía patológica, tipo de cirugía efectuada, terapia adyuvante, y por último, la etapa de presentación de acuerdo al TNM y la sobrevida de estos pacientes.

Se excluyeron de este estudio 5 de los 38 pacientes, 1 -- por haber recibido tratamiento quirúrgico fuera de nuestro -- servicio, 2 porque no aceptarón tratamiento alguno, y 2 por -- que no se documentó el tratamiento impartido al paciente ni -- estado actual del mismo.

## R E S U L T A D O S :

En el presente estudio de 33 pacientes con diagnóstico de cáncer gástrico en el servicio de Cirugía General, - 21 pacientes (63.6%) correspondio al sexo masculino y 12 pacientes (36.4%) al sexo femenino, con un promedio de edad de 63.5 años, un Modo de 89 años, y una moda de 65 años, Fig. 1 con desviación Standar de 12.70 y mediana de 66 años. Fig.2 y 3, .

La sintomatología más frecuente fue: Fig. 4

-DOLOR	30	pacientes =	90.9%
-PERDIDA DE PESO.	28	" =	84.8%
-NAUSEA Y VOMITO	25	" =	75.7%
-ANEMIA CLINICA	12	" =	36.3%
-MELENA	13	" =	39.3%

El estado nutricional en 16 pacientes (48.5%) fué bueno, 4 pacientes (12.1%) con desnutrición leve y 10 pacientes (30.3%) desnutrición moderada y la desnutrición severa - se observo en 3 pacientes (9.1%) Fig. 5

Dentro de sus antecedentes más importantes como -- factores etiológicos posibles se observó la relación de cáncer gástrico en familiares directos en 14 pacientes (42.4%) tabaquismo en 14 pacientes (42.4%), alcoholismo en 16 pacientes (48.4%) y 3 pacientes sin antecedentes 9%. Fig. 6.

El tipo sanguíneo más observado en este estudio -- corresponde a (0 +) en 17 pacientes (51.5%), en 13 pacientes (39.4%) correspondio (A+), 2 pacientes (6.1%) a (B+) y un - paciente (3%) (AB+) Fig. 7

En los parámetro de Hemoglobina y Hematocrito se demostró -- anemia clínica corroborada por laboratorio en un total de 18 pacientes (54.5%) Fig. 8 y 9

El diagnóstico por medio de gabinete en 30 pacientes (90.9%) fué endoscópico, la Biopsia fué positiva en 28 de estos pacientes (84.8%), la SEGD se realizó solo a 13 pacientes en los cuales fué positiva en todos ellos, se realizó TAC. en 11 pacientes siendo positiva a metástasis en 10 de ellos, se realizó USG. en 11 pacientes, de los cuales fué positiva en 5 de ellos. y en 2 pacientes se realizó diagnóstico por laparotomía exploradora por tratamiento de urgencia. Fig. 10

La localización topográfica más común fue en antro gástrico en 16 pacientes (54.5%), curvatura menor en 6 pacientes (24.2%) fondo en 5 pacientes (15%), Cuerpo 1 paciente (3%), curvatura mayor 1 paciente (3%). Fig. 11

El tipo histológica documentado por biopsia fué Adenocarcinoma en 24 pacientes (72.7%) , leiomiocarcinoma en 2 pacientes (6.1%), leiomioblastoma en 1 paciente (3%) linfoma no Hodgkin en 1 paciente (3%), en 2 pacientes fué Metaplasia Intestinal (6%) y en 3 pacientes no se documentó el diagnóstico histológico. Fig. 12

El manejo quirúrgico utilizado fué Billroth II en 8 pacientes, de los cuales 7 se encuentran vivos y 1 muerto, con una sobrevivida promedio de 3 años. De los pacientes a los cuales se les realizó gastrectomía total 2 se encuentran vivos y 4 muertos con un promedio de sobrevivida de 4 años. Se realizó gastroyeyunoanastomosis en Asa como tratamiento paliativo en 6 pacientes de los cuales 2 viven y 4 fallecieron

con un promedio de vida menor de 1 año. solo en 2 pacientes se realizó yeyunostomía los cuales fallecieron antes de un mes, a 4 pacientes no se les realizó tratamiento alguno por encontrarse en fase terminal con defunción antes de 1 mes. -

Fig. 14



## ANALISIS DE LOS RESULTADOS

En nuestro estudio observamos que no hubo diferencia con respecto a la distribución por sexo en nuestros pacientes y lo reportado en la literatura mundial.

La presentación del cáncer gástrico de acuerdo a la edad de los pacientes se estableció que es un padecimiento que se presenta a partir de la 5ta. década de la vida en adelante más sin embargo, actualmente nos hemos dado cuenta de que el cáncer gástrico se está presentando en pacientes con edad más temprana, lo cual probablemente signifique que existan en nuestro medio factores etiológicos que no se han establecido específicamente y que de alguna manera influyen en la presentación más temprana de esta patología.

En cuanto a la presentación clínica, observamos con mayor frecuencia DOLOR EPIGASTRICO Y PERDIDA DE PESO, esto es inverso a lo reportado en la literatura universal donde se establece la pérdida de peso en el 97% de los pacientes y el 85% de dolor abdominal epigástrico, En nuestro estudio se observó con mayor frecuencia NAUSEAS Y VOMITOS así como ANEMIA, comparado con lo reportado en la literatura universal pero esto es debido a que el diagnóstico del cáncer gástrico en nuestros pacientes fué más tardío.

El estado nutricional de nuestros pacientes con cáncer gástrico fué bueno en solo 4 pacientes, esto demuestra que la dieta básica de nuestra población es diferente a la de los países industrializados con un mayor aporte de carbohidratos y una disminución importante de proteínas.

Con este estudio comprobamos que efectivamente hay una incidencia más elevada de cáncer gástrico en pacientes -- con antecedentes de familiares directos con esta misma patología, de igual manera en pacientes con tipo sanguíneo (A+).

El diagnóstico endoscópico con toma de biopsia en nuestro hospital tuvo una sensibilidad del 100% para el diagnóstico de cáncer gástrico, así como la SEG (100%) . definitivamente esto es atribuible a la etapa tardía de presentación de la patología. La TAC tuvo una sensibilidad para diagnóstico de Mts. a ganglios, a distancia y ascitis en un 90% - todos estos resultados serían más alentadores si el diagnóstico se hubiera realizado en etapa más temprana.

Con respecto a la localización de la lesión, no hubo diferencia significativa con respecto a la reportada en -- otras series, siendo el antro el más afectado.

El adenocarcinoma se reportó en un 72% , cifra muy por abajo de la reportada en la literatura mundial, con un incremento de Leiomiocarcinoma 6% y Leiomioblastoma 3%. Al observar este resultado histológico, creemos que los factores etiológicos implicados en el cáncer gástrico como: Raza, ambientales, dieta, alcoholismo y tabaquismo son diferentes a la de los países con alto índice de cáncer gástrico como Japón, Chile , Islandia y Hawaii, y quizá esto determine el tipo histológico de la lesión

Nuestros resultados en el manejo quirúrgico , en los cuales se realizó Billroth II ,(sin diferencia significativa entre los que recibieron quimioterapia adyuvante y entre los que no recibieron) tuvieron una tasa baja de sobrevivencia -- (2 años en 50%) y los pacientes que se les realizó Gastrectomía

**ESTA TERCERA PARTE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

mía total tuvieron una sobrevida de 4 años en el 40% sin terá  
pia adyuvante.

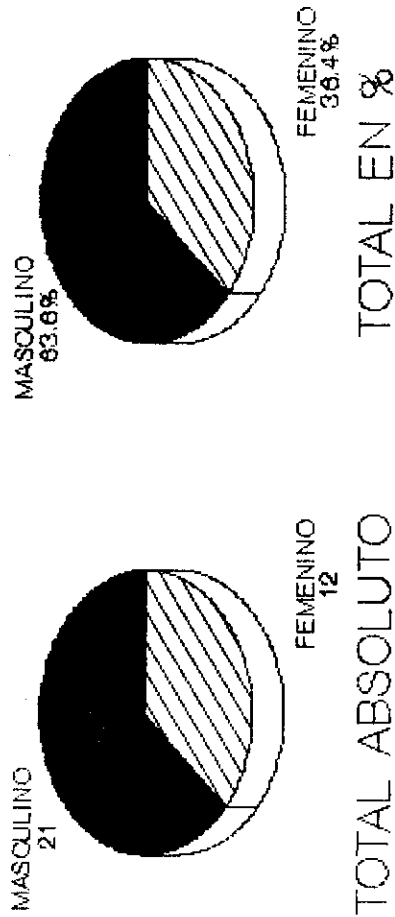
Estos resultados son alentadores a pesar de lo tardío del diagnóstico del cáncer gástrico en nuestro servicio, ya que cuando este se diagnostica en etapa temprana ó incipiente se reportan tasas de sobrevida de 5 años en el 50%,-- por lo que nuestros resultados son debido a la etapa tardía de presentación de la patología en nuestro medio. Realizándose el diagnóstico en nuestros pacientes en el 90% de los casos - en un promedio de 10 días.

## C O N C L U S I O N E S

- 1.- El cáncer gástrico en México ha tenido una relevancia -- importortante el número de casos que se han venido pre-- sentando en los últimos años, en nuestro medio no ha pasado desapercibido este cambio, más sin embargo por ser una patología que dificilmente es diagnosticada en forma oportuna, es necesario contar con hospitales de tercer nivel que apoyen para el diagnóstico temprano y trata--- miento oportuno.
- 2.- La incidencia en nuestro servicio después de haber revisado el total de ingreso durante los últimos 5 años con las diferentes patologías concluimos, que ocupa el 0.7% de incidencia de Cirugía General, siendo por ello que no se le de la importancia que la enfermedad amerita.
- 3.- Concluimos que en nuestro hospital normalmente los pa--- cientes llegan referidos de otros hospitales tardiamente con el antecedente de haber tenido tratamientos previos, con el abuso de ingesta de medicamentos que modifican el cuadro, con una evolución tendenciosa a la mejoría pero sin tener el diagnóstico adecuado y así poder enviarlos en forma oportuna. Se comprobó que el abuso de medica--- mentos (bloqueadores H2) prescritos por el médico ó admi--- nistrados por el propio paciente, han modificado la his\_ toria natural de la enfermedad, haciendo el pronóstico - más sombrío.

- 4.- En el estudio que efectuamos, es de llamar la atención - que el expediente clínico no tiene la información adecuada y necesaria de acuerdo a la patología que se sospecha haciendo incapié en los aspectos clínicos más relevantes una vez diagnosticada la enfermedad, por lo que no podemos aportar nada en relación a los factores etiológicos que se creé ocasionan la enfermedad, tales como la dieta así como la estadificación adecuada de la neoplasia.
- 5.- El diagnóstico oportuno de los pacientes con antecedentes de importancia para desencadenar esta patología, *deberán ser sometidos a estudios encaminados a descartar y efectuar diagnósticos diferenciales con otras enfermedades que pudieran tener un comportamiento similar al cáncer gástrico, y lesiones consideradas como premalignas - realizar un seguimiento adecuado.*

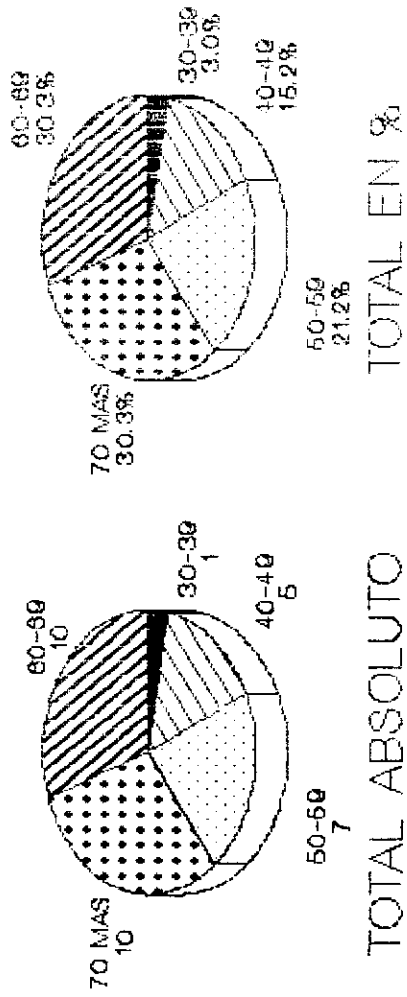
# CANCER GASTRICO EN EL C.H. 20 DE NOVIEMBRE DISTRIBUCION POR SEXO



FUENTE: EXPEDIENTES CLINICOS

FIG. 1

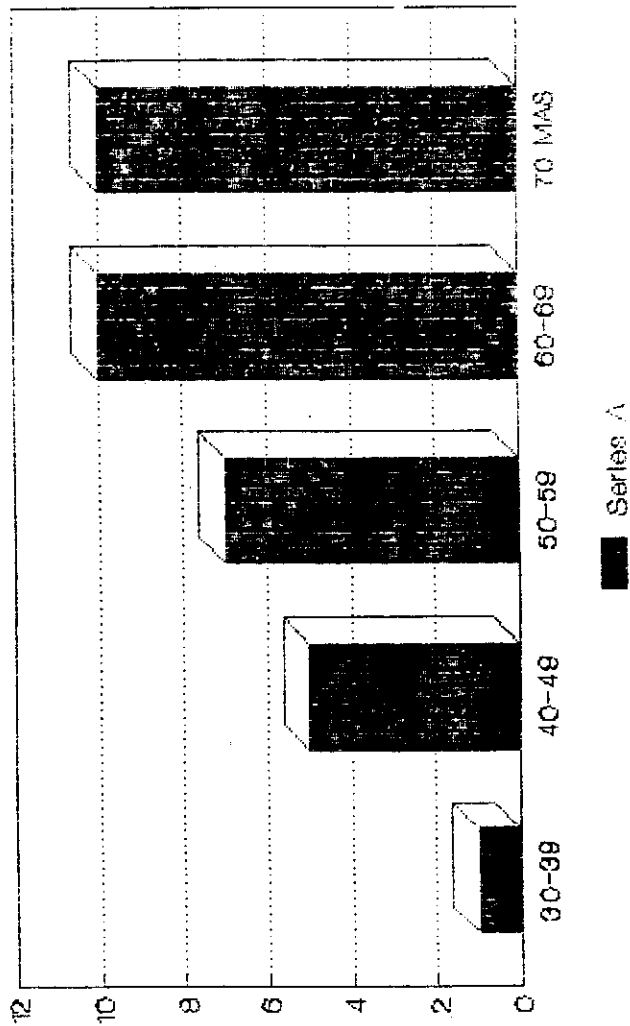
**CANCER GASTRICO EN EL  
C.H. 20 DE NOVIEMBRE  
DISTRIBUCION GROS. ETAREOS**



FUENTE EXPEDIENTES CLINICOS

FIG. 2

# CANCER GASTRICO EN EL C.H. 20 DE NOVIEMBRE GRUPOS ETAREOS

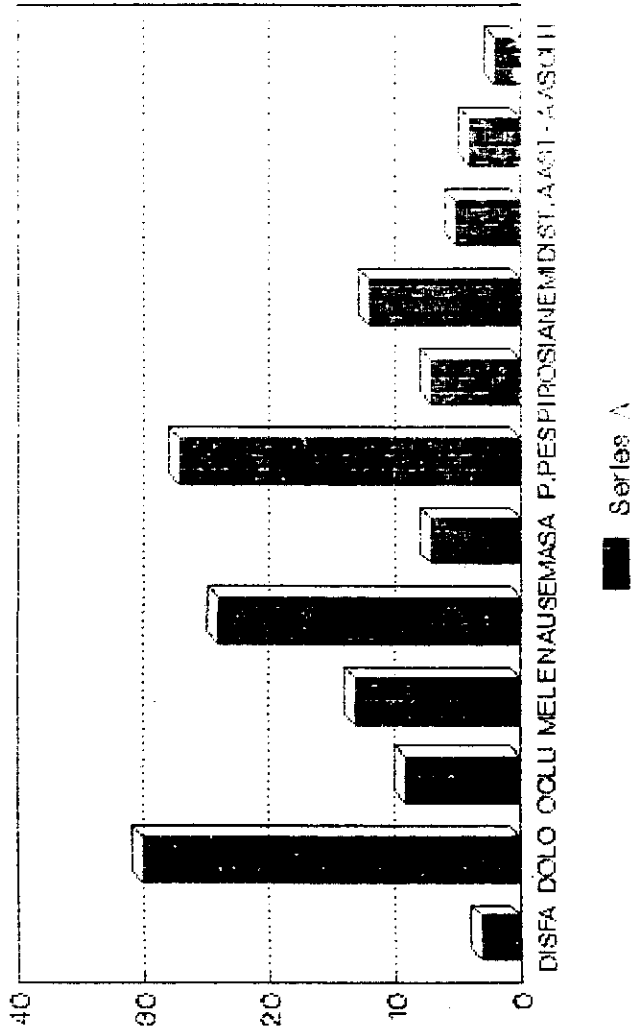


FUENTE: EXPEDIENTES CLINICOS

FIG. 3



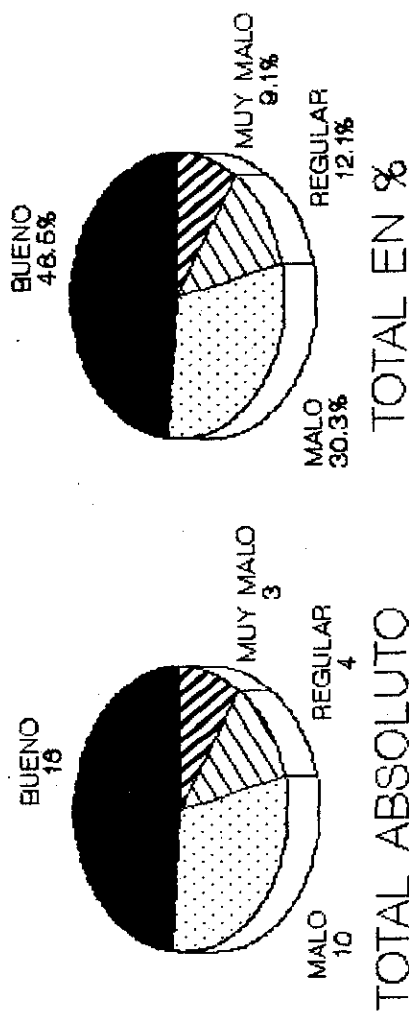
**CANCER GASTRICO EN EL  
C.H. 20 DE NOVIEMBRE  
SINTOMATOLOGIA MAS FRECUENTE**



FUENTE: EXPEDIENTES CLINICOS

FIG. 4

# CANCER GASTRICO EN EL C.H. 20 DE NOVIEMBRE ESTADO NUTRICIONAL



FUENTE: EXPEDIENTES CLINICOS

FIG. 5

# CANCER GASTRICO EN EL C.H. 20 DE NOVIEMBRE ANTECEDENTES FAM. Y P.PATOLOGICOS

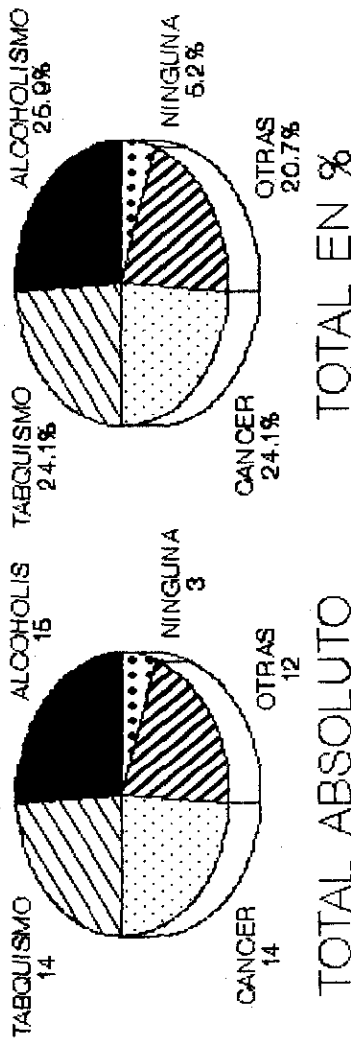
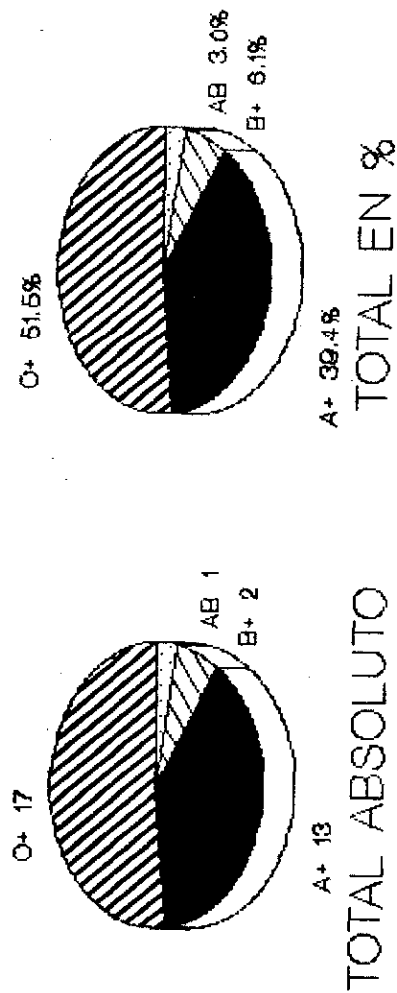


FIG. 6

FUENTE: EXPEDIENTES CLINICOS

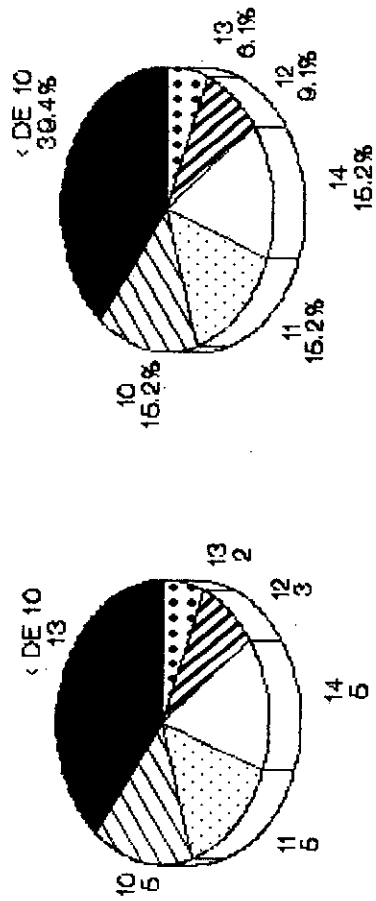
# CANCER GASTRICO EN EL C.H. 20 DE NOVIEMBRE DISTRIBUCION TIPO SANGUINEO



FUENTE: EXPEDIENTES CLINICOS

FIG. 7

# CANCER GASTRICO EN EL C.H. 20 DE NOVIEMBRE HEMOGLOBINA-

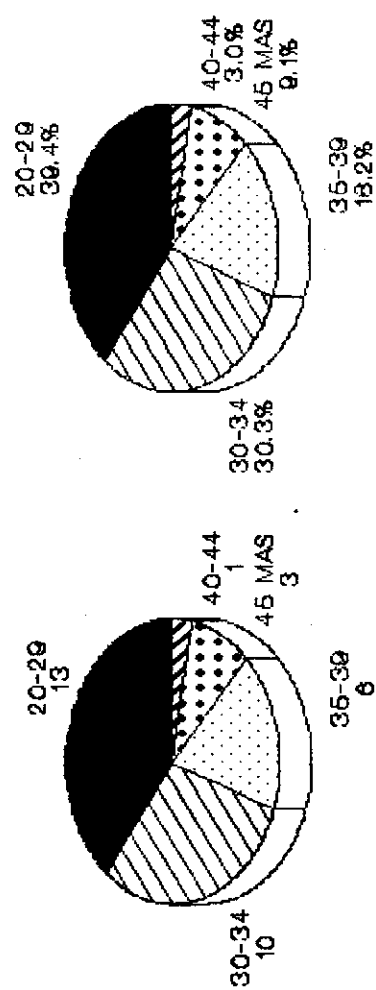


TOTAL ABSOLUTO      TOTAL RELATIVO

FUENTE: EXPEDIENTES CLINICOS

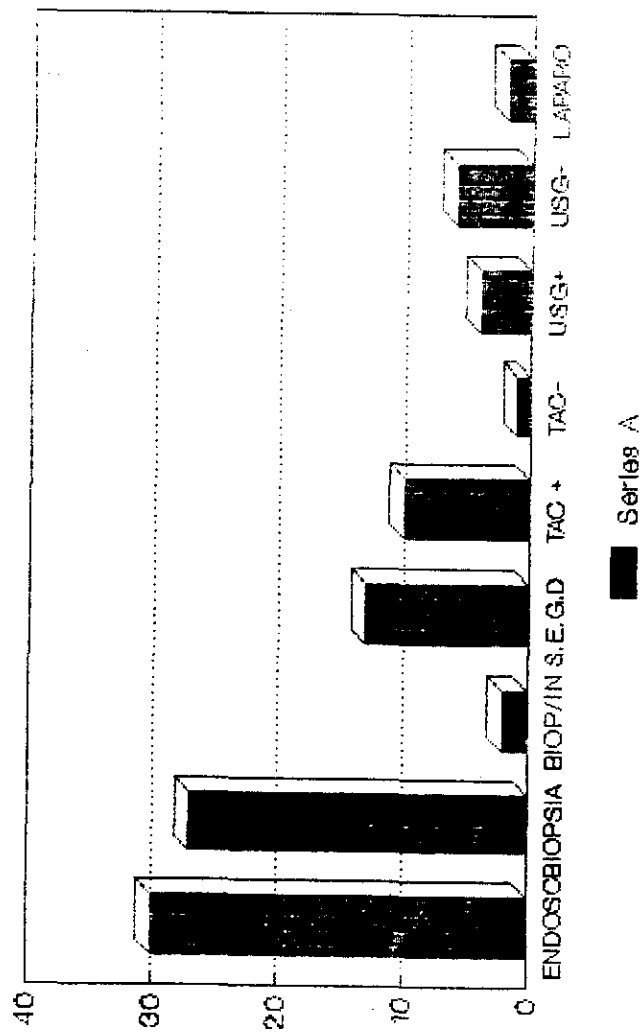
FIG. 8

# CANCER GASTRICO EN EL C.H. 20 DE NOVIEMBRE HEMATOCRITO



TOTAL ABSOLUTO      TOTAL RELATIVO

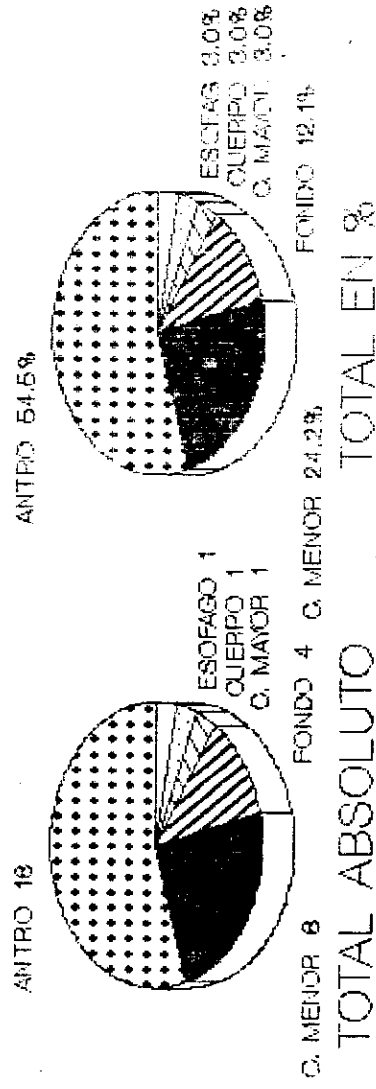
# CANCER GASTRICO EN EL C.H. 20 DE NOVIEMBRE METODO DIAGNOSTICO



FUENTE: EXPEDIENTES CLINICOS

FIG. 10

# CANCER GASTRICO EN EL C.H. 20 DE NOVIEMBRE DISTRIBUCION TOPOGRAFICA



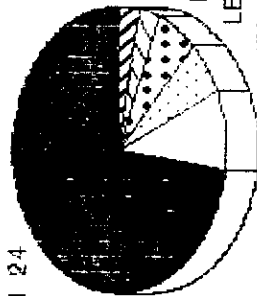
FUENTE EXPEDIENTES QUINICOS

FIG. 11

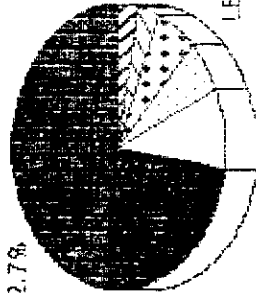


# CANCER GASTRICO EN EL C.H. 20 DE NOVIEMBRE TIPO HISTOLOGICO

ADENOCARCIN 24



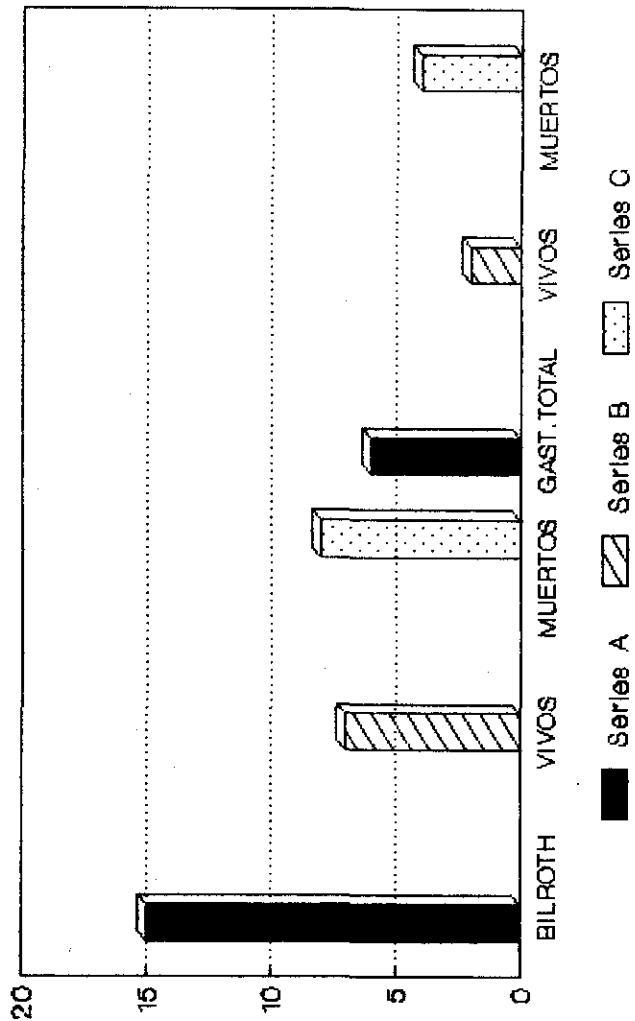
ADENOCARCIN 72.7%



NO HO 3.0%  
LEIOMIOS 9.0%  
LEIOMIOSARCOM 6.1%  
METAPLASIA 6.1%  
DESCONOCIDOS 9.1%

TOTAL ABSOLUTO

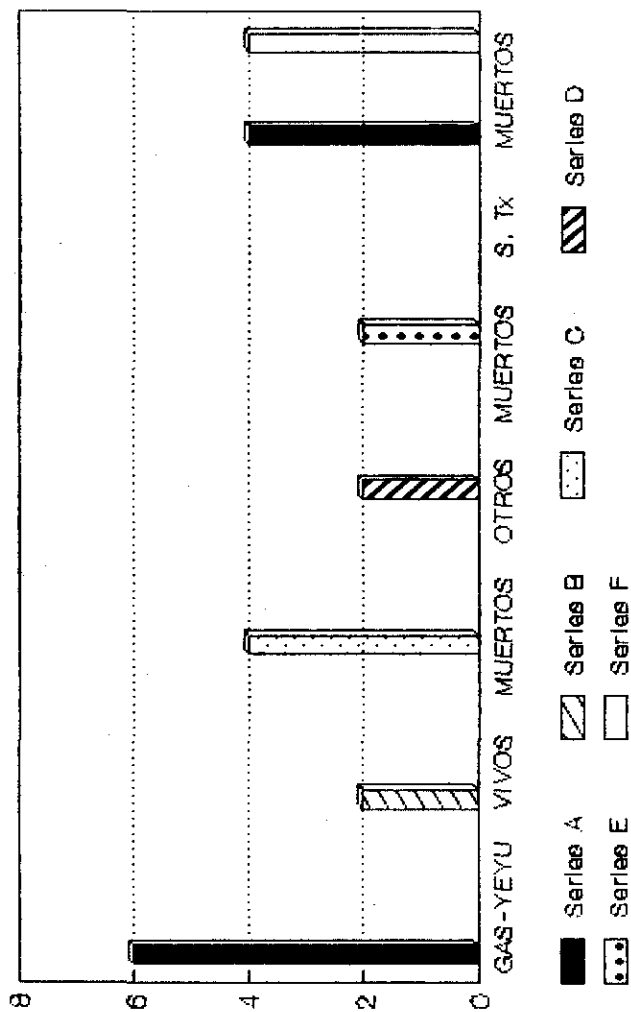
**CANCER GASTRICO EN EL  
C.H. 20 DE NOVIEMBRE  
TIPO DE CIRUGIA- VIVOS/MUERTOS**



FUENTE: EXPEDIENTES OLINICOS

FIG. 13

# CANCER GASTRICO EN EL C.H. 20 DE NOVIEMBRE TIPO DE CIRUGIA- VIVOS/MUERTOS



FUENTE: EXPEDIENTES CLINICOS

FIG. 14

## B I B L I O G R A F I A

- 1.- Takafumi Bando MD. Touro Isoyama MD. and Cols. Total -  
Gastrectomy for gastric cancer in the early. SURGERY --  
Volumen 109, Number 2, february 1991 pag. 136-142.
- 2.- Angel Escudero Fabre. Dr. Joaquín A. Aldrete. Carcinoma  
de estómago. Rev. Cir. Gral. Vol. 13 Num.4 oct-Dic 1991  
pag. 151-154
- 3.- Tepper JE. Combined radioterapy and chemoterapy in the  
treatment of gastrointestinal malignancies. Rev.Sem. --  
Oncology. Ag. 1992 19(suppl 11) pag, 96-101.
- 4.- Peracchia A; Bardinir; Asolati M. y Cols. Surgical ---  
treatment of carcinoma fo the gastric cardia. Rev. Hepa  
togastroenterology. Dic. 1991 38 suppl 1, pag 72-75
- 5.- Lerner ME. Farman J. Cho K y cols. Leiomyoblastoma: Va-  
ried CT appearance Rev. Clinic. Imaging Jul 1992 16(3)  
pag. 194-197
- 6.- Matsuura H. Morita M. Tsutsui S y cols. Esophageal car-  
cinoma is frecuently accompanied with early gastric car-  
cinoma. Rev. int-Surg. Abril-Jun 1992 77(2) P:69-71.
- 7.- Sánchez Díez A; Hernández Mejía R. Cueto-Espina A. Stu-  
dy of the relation between diet and gastric cancer in a  
rural area of the province of Leon Spain. Rev. Eur-J---  
pidemiol. Marz. 1992 (2) pag. 233-237.
- 8.- Kneller RW; You WC Chanc y cols. Cigarrete smoking and  
other risk factors progression of precancerous stomach  
lesions. Rev. J-Natl-Cancer-Inst. Aug 1992 9:84(16) --  
pag. 1261-1266
- 9.- Sarker SK, Sinha VK, Chaudhry R; y cols. Gastric cancer  
a critical analysis of surgical treatment and long tern  
survival.Rev. J-I-Med-Assoc. mar 1992 90(3)P;6164.

- 10.- Katemotot: Yanai H. Tada M y cols. application of ultra  
sonic probes prior to endoscopic resection of early gas  
tric cancer. Rev. Endoscopy May. 1992 suppl 1 pag.329-33
- 11.- Lighdale CJ. Endoscopic ultrasonography in the diagnosis  
staging and follow-up of esophageal and gastric cancer.  
Rev.Endoscopy May. 1992 24 suppl 1.pag 297-303
- 12.- Blomjous JC. Langenhorst BL y cols. Adenocarcinoma of -  
the gastric cardia, recurrence and survival after resec  
ction. Rev. cancer Aug. 1992 1 70(3) pag. 569-574
- 13.- Mnehara Y: Moriguchi S. Orita H y cols. Lower survival  
rate for patients. with carcinoma of the stomach of bor  
mann tipe IV after gastric resection. Rev.Surg-Gynecol  
Obst. Jul 1992 175(1) pag 13-16
- 14.- Maehara Y. Okuyama T. Moryguchi S. y cols. Prophylactic  
limph node dissection in patients. with advanced gastric  
cancer promotes incresed survival time Rev. cancer ---  
1992 Jul. 15; 70(2) pag. 392-5
- 15.-Correa P. Diet modification and gastric cancer prevention  
Rev. Monog-Nat-cancer-Inst. 1992 (12) pag75-78
- 16.- Goodman P: Levine MS. Gohil MN Gastric carcinoma after  
gastrojejunostomy for bening diseade radiographic fino-  
dings. Rev. Gastroint-Radiol 1992 summer 17 (3) P 211-3
- 17.- Walker K: FrazerR. Roberts J. Treatment of gastric lym-  
phoma. Rev. Am-Surg 1992 jul. 58(7) Pag.409-412
- 18.-Farley DR. Bonchue JH Nagarney DM y cols. Early gastric  
cancer. Rev. Br-J-Surg. 1992 Jun 79(6) pag. 539-542
- 19.-Kadakia SC: Parker A: Canales L. Metastatic tumors to --  
the upper gastrointestinal tract. endoscopic experience  
Rev. AM-J-Gastroenterol 1992 Oct 87(10) pag 1418-23

- 20.- Cristallini EG: Ascani S: Bolis CB. Association between histologic type of polyp and carcino in the stomach. -- Rev. Gastrointest-Endosc. Aug. 1992 38(4) pag. 481-484
- 21.-La Vacchia C: Negri E: Franceschi S y cols. Family histo ry and the risk of stomach and colorrectal cancer. Rev. Cancer Jul 1, 70(1) pag. 50-55
- 22.- Nosaka I: Habu H: EndoM: Multiple carcinoid tumors of - the stomach with hypergastrinemia. Rev. Am-J-Gastroent. 1992 Jun; 87(6) pag. 766-770
- 23.- Gray JR: Coldman AJ: McDonald WC. Cigarrete and alcohol use in patients with adenocarcinoma of the gastric car- dia or lower esophagus Rev, Cancer 1992 May 1 pag 2227- 2231
- 24.-Helsingen N: Hillestad L: Cancer Develoment in the gas-- tric stump after partial gastrectomy por ulcer Ann Surg 143, 173-179 1956
- 25.- Ming SC: Goldman H: Gastric Polyps: A histogenic clasi- fication and its relation to carcinoma Rev. cancer 18:- 721-726 1965
- 26.- Sipponen P: Kekki M Siurala M. Atrophic Chronic gastri- tis and intestinal metaplasia in gastric carcinoma:Com- paration with a representative population sample. Rev. Cancer 52: 1062-1068 1983
- 27.- Tomasulo J. Gastric polyps: Histologic types and their relatioshio to gastric carcinoma Rev. Cancer 27:1346--- 1355 1971.
- 28.- Adam YG: Efron G. Frends and controversies in the mana gement of carcinoma of the stomach. Surg. Gynecol.O. -- 169. pag.371-385. 1989

- 29.- Cook AO; Levine BA Sirinek KR. Evaluation of gastric adenocarcinoma: Abdominal computed tomography does not replace celiotomy. Arch Surg.121 603-606 1986
- 30.- Hada M. Hihara T; Kakishita M. Computed tomographic analysis of gastric carcinoma thickness of gastric and infiltration to serosa surface. Radiat Med. 2:27-30 1984
- 31.- Hanson JT; Thoreson C. Morrissey JF. Brush cytology in the diagnosis of upper C.I. malignancy Rev. Gastroint. - Endosc. 26: 33-35 1980
- 32.- Laufer I; Mullens J. Hamilton J. The diagnostic accuracy of barium studies of the stomach and duodenum: Correlation with endoscopy Rev. Radiology 115: 569-573. 1975
- 33.- Spiro: Gastroenterología Clínica. Segunda Edición
- 34.- Robbins: patología estructural y funcional. Primera edición.
- 35.- Frank G. Moody, James M. McGreevy y Thomas A miller. -- Schwartz Shires Spencer. Principios de cirugía general 5ta. edición
- 36.- Lawrence W. Way. Dumphy Way. Diagnóstico y tratamiento quirúrgico. 3ra. edición
- 37.- Anthony J. Edis. Maingot/Schwartz. Ellis. Operaciones abdominales.
- 38.- Gaceta Médica de México. Vol. 128 #3 Jun 1992, pag. 330.
- 39.-Endo M; Habu H: Clinical Studies of early gastric cancer Rev. Hepatogast-enterology 37: 408-410 1190
- 40.- Herrmann R; Panohon AM Barcos MP. Gastrintestinal involvement in non-Hodgkin's Lymphoma Cancer. 46:215-222 1980

- 41.- Jim ML; Yang BQ; Zhang W; Ren D; High dose mitomycin C -  
for treatment of advanced gastric cancer. Gan-To-Kagaku-  
Ryo 1992 jul 19(8) 1193-1196
- 42.- Mentzer SS; Ossteen RT; Rosenthal DS. Surgical therapy  
of localized abdominal non-Hodgkin's lymphomas 103:pag.  
609-614. 1988.