

77
2ej.

11227



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS SUPERIORES

SECRETARIA DE SALUD PUBLICA DEL ESTADO DE SONORA
HOSPITAL GENERAL DEL ESTADO DE SONORA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA INTERNA

**Cáncer Gástrico en el
Hospital General del Estado de Sonora
de Enero de 1995 a Octubre de 1998**

TESIS

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE LA ESPECIALIDAD
EN MEDICINA INTERNA
PRESENTA

DR. ROSARIO ANDRES ROJAS FIERRO

Asesor:
Dr. Jorge Isaac Cardoza Amador

Hermosillo, Sonora, Febrero de

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

259179
2

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.

AGRADECIMIENTOS

A Dios gracias.

A mis padres, Andrés y Manuela que siempre me han apoyado en mis estudios.

A mi pequeña hija Irania Monserrat y mi esposa Nereyda que las amo.

A mi maestro Jorge Isaac Cardoza Amador a quien respeto.

A todos mis amigos y personas que contribuyeron a mi formación.

Al Hospital General del Estado de Sonora.

“MUCHAS GRACIAS POR SU APOYO”

Dr. Rosario Andrés Rojas Fierro

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS SUPERIORES

SECRETARIA DE SALUD PUBLICA DEL ESTADO DE SONORA
HOSPITAL GENERAL DEL ESTADO DE SONORA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA INTERNA



DR. JOSE GUSTAVO SAMANO TIRADO
Jefe de Enseñanza e Investigación





DR. ERNESTO RAMOS BOURS
Jefe Emérito del Servicio de Medicina Interna



DR. JORGE ISAAC CARDOZA AMADOR
Jefe del Servicio de Medicina Interna
Profesor del Curso de Medicina Interna
Asesor de Tesis



DR. ROSARIO ANDRES ROJAS FIERRO

Cáncer Gástrico en el Hospital General del Estado 1995-1998

Dr. Rosario Andrés Rojas Fierro, Hospital General del Estado, División Medicina Interna

RESUMEN

Introducción: El Cáncer Gástrico (CG) es uno de los padecimientos neoplásicos más frecuentes en el tubo digestivo pero en los últimos años esto ha cambiado, ya que su incidencia va en descenso en las últimas décadas. El tipo más frecuente es el adenocarcinoma y la presentación más frecuente es en el antro y en la curvatura menor del estómago.

Objetivo: Identificar las estadísticas descriptivas del CG en nuestro hospital. (Hospital General del Estado de Sonora, S.S.A.) (HGE)

Material y Métodos: Estudio retrospectivo. Se incluyeron todos los pacientes con diagnóstico de CG endoscópico y confirmados con biopsia de Enero de 1995 a Octubre de 1998.

Resultados: Se incluyeron 25 pacientes, de los cuales 96% eran hombres, con un rango de edad de 44 a 82 años; la localización más frecuente fue en antro gástrico, el lugar de procedencia más frecuente fue Hermosillo seguido de Ures. Los síntomas predominantes fueron: pérdida ponderal, náuseas y vómitos.

Conclusiones: Nuestra estadística no difiere de lo reportado en la bibliografía nacional; el diagnóstico de CG en nuestro hospital se hace tardíamente porque los pacientes acuden en estadios avanzados por la falta de síntomas del CG. En nuestro hospital se efectúan numerosas endoscopías con diagnóstico clínico de probable CG. Nuestros pacientes son 10 años más jóvenes que los reportados en Japón.

ABSTRACT

Introduction: Gastric Cancer (CG) is one of the most common neoplastic diseases in the digestive tract, but this condition has changed over the last few years, since its incidence has decreased during the last decades. The most frequent type is adenocarcinoma and the most common presentation is in the antrum and lesser curvature of the stomach.

Objective: Identify the descriptive statistics concerning CG in our hospital.

Material and Methods: Retrospective study. All patients with an endoscopic CG diagnosis and biopsy confirmation from January 1995 to October 1998 were included.

Results: 25 patients were included, 90% of which were male within an age range of 44 to 82 years; the most frequent localization was the gastric antrum. The most frequent place of procedence was Hermosillo, followed by Ures. Predominat symptoms were: weight loss, nausea and vomit.

Conclusions: Our statistics do not differ from what's reported in national bibliography; diagnosis of CG in our hospital is done late because patients occur in advanced stages due to the lack of CG symptoms. A great number of endoscopies with a probable CG clinical diagnosis are done in our hospital. Our patients are 10 years younger than those reported in Japan.

INTRODUCCION

El carcinoma gástrico (CG) es uno de los padecimientos malignos más frecuentes del aparato digestivo, que durante mucho tiempo se consideraba de los más peligrosos, pero por razones desconocidas en los últimos años ha disminuido la incidencia e índices de mortalidad, en 1930 el cáncer gástrico representaba la principal causa de muerte relacionada con cáncer en los varones, doblando a la que seguía, mientras que en las mujeres se situaba inmediatamente por detrás de los tumores de cuello uterino y de mama, en los años siguientes los índices de mortalidad por CG cayeron en los varones de 28 a 5.3 por 100.000 y en las mujeres de 27 a 2.3 por 100.000. La disminución del cáncer en EEUU es un reflejo de lo que ocurre en muchos países, la incidencia de esta enfermedad es muy variable, existiendo naciones en las que es comparativamente más elevada, como en Japón, China, Chile e Irlanda. Las encuestas epidemiológicas han sugerido que el riesgo de CG es mayor entre las clases socioeconómicas más débiles. Además, los emigrantes que pasan de naciones de alta incidencia a otra de baja incidencia parecen mantener su susceptibilidad, mientras que la de sus hijos se aproxima más a la de su nuevo entorno. Esto sugiere que hay un factor ambiental que probablemente ejerce influencia desde edades

tempranas considerando como lo más probable que se trata de un factor dietético. (1,2,3,5)

En México el CG representa el 12% de los cánceres vistos en varias instituciones. El CG es una enfermedad de la edad media tardía, con frecuencia máxima entre los 50 y 60 años, predominando ligeramente en el hombre de 1.7:1. La neoplasia es altamente mortal ya que el 90% de los paciente fallecen.(2)

En México se presenta en individuos entre los 44 y 70 años, con una media de 63, mientras que en Japón, se presenta 5 a 10 años antes, con mas frecuencia en el sexo masculino, con una relación de 2:1.

El 90% lo constituye el adenocarcinoma y el 2,5% corresponde a los Linfomas no Hodgkin gástrico y el resto a otros menos comunes como Leiomiosarcomas o carcinoides.(3)

Desgraciadamente en nuestro medio el diagnóstico se establece en forma tardía, tanto por el largo tiempo que el paciente deja de ir a ver al médico por no darle importancia a su sintomatología, como lo que es mas grave, que muchos médicos menosprecian la sintomatología, y no envían al paciente para que se le practique una endoscopia o un estudio radiológico oportunamente. En general, en los países del tercer mundo ocupa el primer lugar, en 1985 ocupaba el primer lugar en cáncer de tubo digestivo, siguiendo en frecuencia el de colon y de recto.(4)

CLASIFICACION ENDOSCOPICA DEL CG:

La Sociedad Japonesa de Gastroenterología Endoscópica, define al CG temprano como aquel en el cuál la invasión se limita a la mucosa y submucosa. Lo divide en tres tipos con subtipos dentro del tipo II, pudiendo haber combinaciones de los tres tipos mencionados.

CUADRO CLINICO:

El cuadro clínico se caracteriza por una vaga sensación de plenitud postprandial además de dolor intenso y estable, la anorexia y náuseas suelen presentarse pero no son tan frecuentes, además de la presencia de pérdida de peso, los paciente que tienen presentación pilórica de su tumor son frecuentes las náuseas y el vómito, mientras que los que lo presentan en cardias refieren disfagia. No existen signos precoces de la enfermedad y el hallazgo de una masa palpable en el abdomen indica generalmente un crecimiento de larga evolución, y con frecuencia presenta extensión regional. Se disemina por extensión directa a los tejidos perigástricos como colon, hígado y páncreas, provocando adherencias en los mismos. La enfermedad se disemina también por ganglios linfáticos o por siembras de las superficies peritoneales a ganglios peritoneales o supraclaviculares. (1)

En el INNSZ se realizó un estudio en cuanto a la sintomatología de CG encontrando en frecuencia mayor el dolor, seguido por vómito y náuseas, ataque al estado general y pérdida de peso; otros síntomas tardíos son melena,

hematemesis, masa palpable y abdomen agudo.

ANATOMIA PATOLOGICA:

Los adenocarcinomas gástricos, pueden subdividirse en dos grupos como lo son el difuso y el intestinal, en el primero no existe cohesión entre las células, lo que da lugar a una infiltración por células individuales con engrosamiento de la pared del estómago, sin que se forme una masa definida, y el segundo es caracterizado por cohesión de las células neoplásicas que forman estructuras tubuliformes de tipo glandular. Los carcinomas difusos son mas frecuentes en paciente jóvenes afectan a todo el estómago incluyendo cardias, y dan lugar a pérdida de la distensibilidad gástrica (linitis plástica) y tienen un pronóstico mucho mas ominoso. Los tumores de tipo intestinal son mas a menudo ulcerativos suelen afectar al antro y curvatura menor y a menudo están precedidos de un largo período precanceroso y tienden a predominar en zonas de alto riesgo siendo menos comunes donde la incidencia ha estado disminuyendo.

En Estados Unidos el 20% nacen en la curvatura menor, 25% en cardias, y solo el 3 al 5% en curvatura mayor y el 10% en la totalidad del estomago. En México es mas frecuente en el tercio inferior 51%, después el cuerpo 21%, cardias 7%, y de estos es mas frecuente en la curvatura menor.

MATERIAL Y METODOS

Es un estudio retrospectivo, descriptivo y transversal donde se incluyeron todos los pacientes con diagnóstico de CG, confirmados con estudio histopatológico vistos en la Unidad de Endoscopia del Hospital General del Estado de Sonora, en el período comprendido entre Enero de 1995 y Octubre de 1998. Inicialmente se contabilizaron el número de endoscopías que se solicitaron con diagnóstico clínico de CG, se recurrió después a los casos que el diagnóstico clínico fue apoyado con los hallazgos endoscópicos y finalmente nos quedamos con los pacientes que se confirmó el CG con los hallazgos en el estudio histopatológico.

Se realizaron estadísticas descriptivas, calculándose las medidas de tendencia central y las de dispersión.

Se estudiaron los expedientes de los casos completos, que fueron 25 para el análisis de otras variables de índole clínica como la sintomatología predominante, el lugar de origen y de residencia de los pacientes.

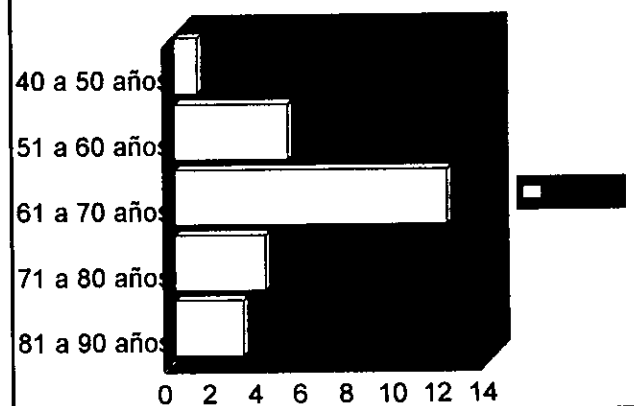
RESULTADOS

En el HGE se realizaron un total de 125 endoscopías altas con diagnóstico clínico de CG, de las cuáles 82 fueron descartados por este método y 3 por reporte histopatológico. Se descartaron 15 expedientes por estar incompletos. De tal manera que completamos para el estudio a 25 casos de CG.

Durante el estudio un total de 25 pacientes fueron incluidos diagnosticados de CG, todos confirmados con reporte histopatológico; de los cuales 24 pacientes corresponden al sexo masculino (96%) y uno al sexo femenino (4%) con un rango de edad de 44 a 82 años para ambos sexos, con una media de 67 años con una desviación estandar de 10.6 y una moda de 67.68 con error estandar de 2.9.

Cáncer Gástrico Fig 1

Distribucion Etaria



MATERIAL Y METODOS

Es un estudio retrospectivo, descriptivo y transversal donde se incluyeron todos los pacientes con diagnóstico de CG, confirmados con estudio histopatológico vistos en la Unidad de Endoscopia del Hospital General del Estado de Sonora, en el período comprendido entre Enero de 1995 y Octubre de 1998. Inicialmente se contabilizaron el número de endoscopías que se solicitaron con diagnóstico clínico de CG, se recurrió después a los casos que el diagnóstico clínico fue apoyado con los hallazgos endoscópicos y finalmente nos quedamos con los pacientes que se confirmó el CG con los hallazgos en el estudio histopatológico.

Se realizaron estadísticas descriptivas, calculándose las medidas de tendencia central y las de dispersión.

Se estudiaron los expedientes de los casos completos, que fueron 25 para el análisis de otras variables de índole clínica como la sintomatología predominante, el lugar de origen y de residencia de los pacientes.

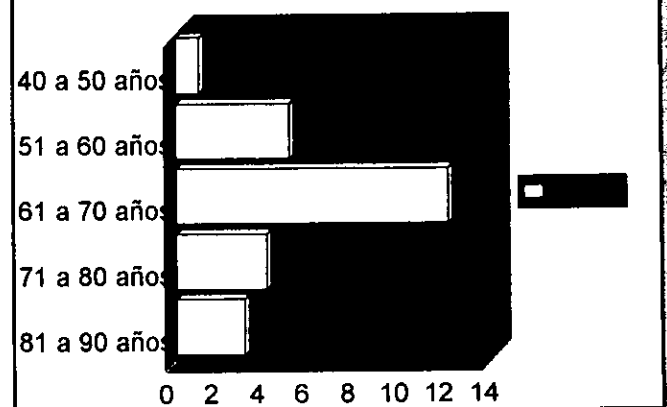
RESULTADOS

En el HGE se realizaron un total de 125 endoscopías altas con diagnóstico clínico de CG, de las cuáles 82 fueron descartados por este método y 3 por reporte histopatológico. Se descartaron 15 expedientes por estar incompletos. De tal manera que completamos para el estudio a 25 casos de CG.

Durante el estudio un total de 25 pacientes fueron incluidos diagnosticados de CG, todos confirmados con reporte histopatológico; de los cuales 24 pacientes corresponden al sexo masculino (96%) y uno al sexo femenino (4%) con un rango de edad de 44 a 82 años para ambos sexos, con una media de 67 años con una desviación estandar de 10.6 y una moda de 67.68 con error estandar de 2.9.

Cáncer Gástrico Fig 1

Distribucion Etaria

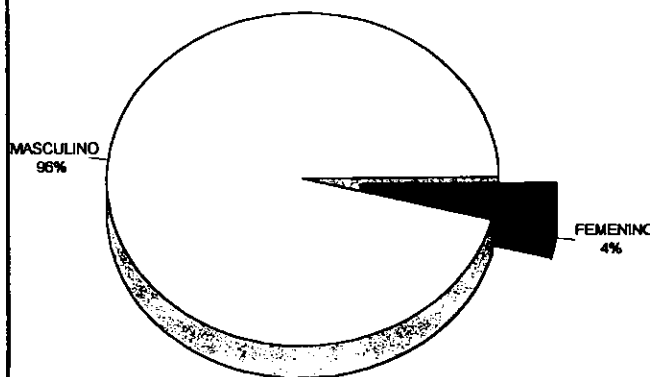


La mayoría de los pacientes son originarios de Hermosillo, 7 pacientes; en segundo lugar se encuentra la población de Ures con 6 pacientes, después siguen las poblaciones de Caborca, Guaymas, Santana, y por ultimo Bacadehuachi, Banamichi, Guaycora, y Magdalena con dos casos y un paciente de la población de Chinipas Chihuahua.

El adenocarcinoma es el tipo histológico mas frecuente entre nuestros pacientes, ocupando el 96% de los casos y 4% le corresponde al cancer epidermoide (por que se encontraba en la unión esofagogástrica), dentro de los adenocarcinomas, 15 fueron de tipo intestinal; y 8 pacientes de tipo difuso y uno fue mixto, de los mismos pacientes, 2 fueron bien diferenciados, 9 moderadamente diferenciados y 12 fueron poco diferenciados.

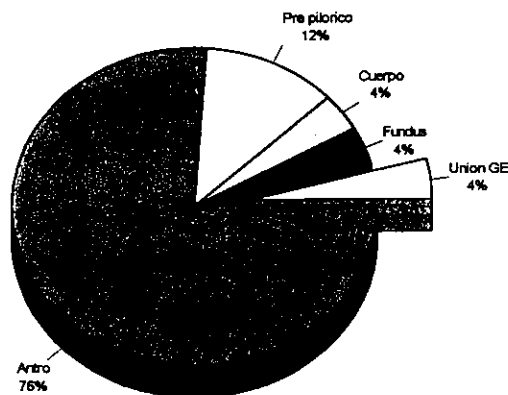
Cáncer Gástrico Fig 2

Distribucion por Sexo



Cáncer Gástrico FIG. 3

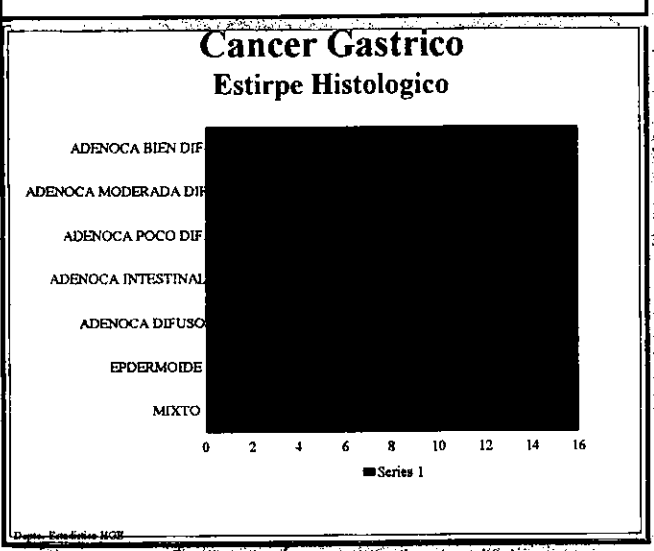
LOCALIZACION



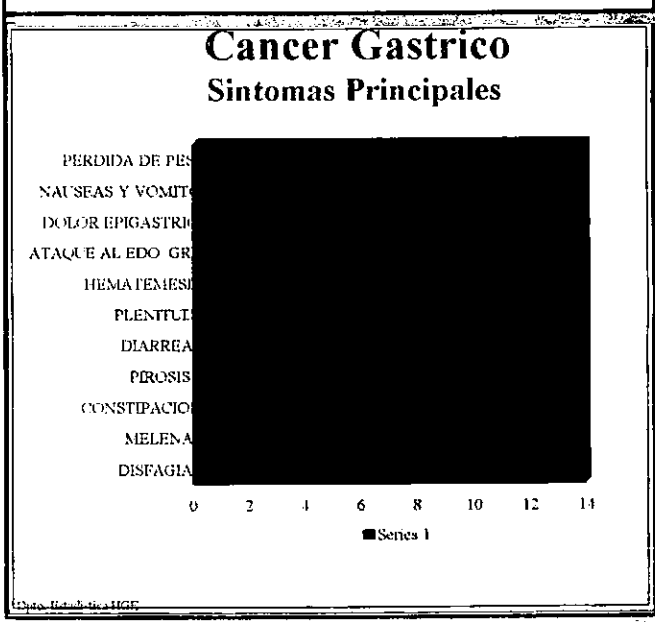
En cuanto a la localización del tumor gástrico, 19 pacientes, (76%) se situaron en antro gástrico, 3 prepilóricos (12%), uno en unión esofagogástrica otro en fundus y otro en cuerpo gástrico representando un 4%.

La manifestación clínica principal entre nuestros pacientes fue la pérdida de peso las náuseas y el vómito que se encontraron en 12 pacientes, el segundo dato que se encontró fue el dolor epigástrico y ataque al estado general en 11 pacientes, hematemesis en 8, plenitud posprandial en 6 pacientes, diarrea y pirosis en 3 pacientes, constipación y melena en 2 pacientes y disfagia en un paciente.

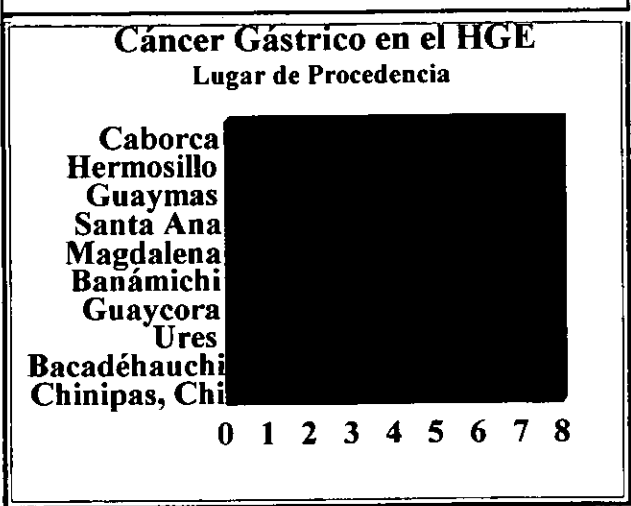
Cáncer Gástrico Fig.4



Cáncer Gástrico Fig.6



Cáncer Gástrico Fig.5

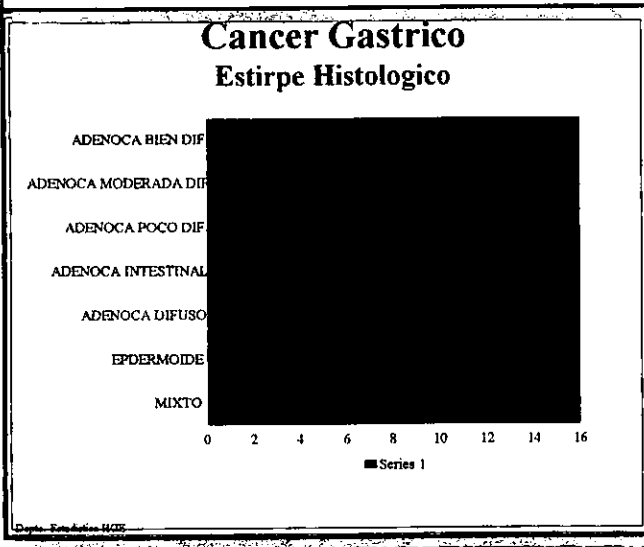


DISCUSION

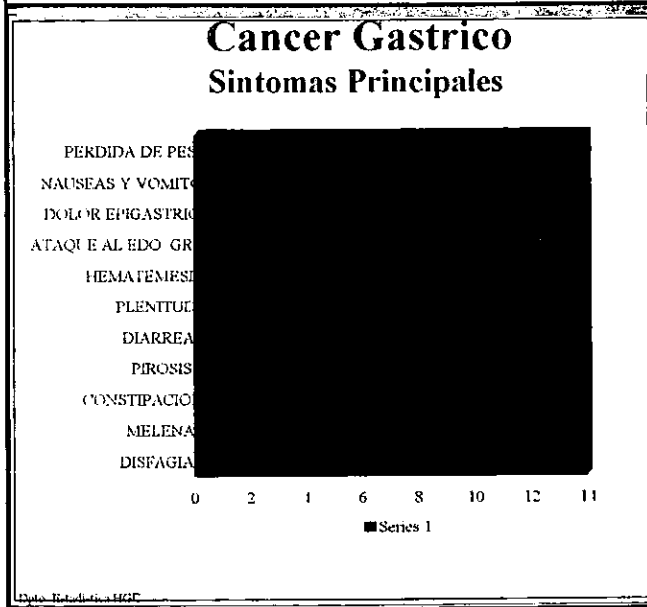
El CG representa en nuestro país una de las principales causas de muerte por cáncer, y en nuestro estado pensamos que la incidencia de CG ha aumentado en los últimos años, lo contrario a los que se refiere la literatura, que menciona que en los últimos años ha presentado un descenso importante; aumentando la incidencia de cáncer de colon y recto y nivelándose con la estadística de CG en las últimas décadas.

En nuestro estudio observamos que en los últimos años la detección de CG ha aumentado, encontrando en 1995 dos casos y en 1996 seis casos, en 1997 ocho, y en

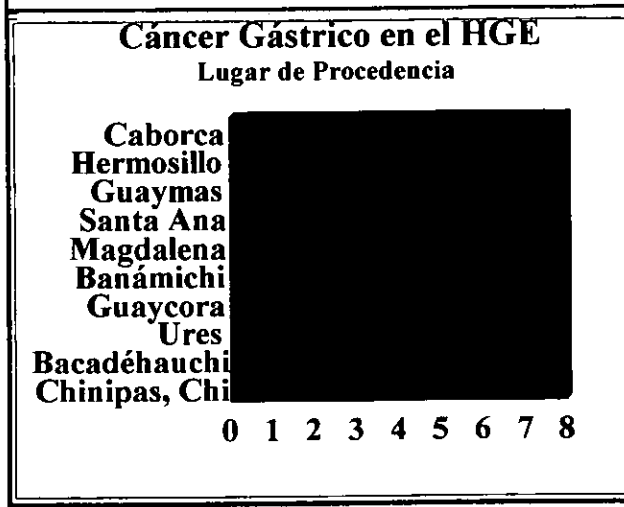
Cáncer Gástrico Fig.4



Cáncer Gástrico Fig.6



Cáncer Gástrico Fig.5



DISCUSION

El CG representa en nuestro país una de las principales causas de muerte por cáncer, y en nuestro estado pensamos que la incidencia de CG ha aumentado en los últimos años, lo contrario a los que se refiere la literatura, que menciona que en los últimos años ha presentado un descenso importante; aumentando la incidencia de cáncer de colon y recto y nivelándose con la estadística de CG en las últimas décadas.

En nuestro estudio observamos que en los últimos años la detección de CG ha aumentado, encontrando en 1995 dos casos y en 1996 seis casos, en 1997 ocho, y en

1998 hasta el mes de octubre se han detectado 9 casos, quizás esto sea debido a que en los últimos años en nuestro hospital ha aumentado la frecuencia de uso de la endoscopia entre nuestros médicos, detectando más pacientes con CG, lo que demuestra que en nuestros días se piensa más en el padecimiento y no se subestima tanto la sintomatología de los pacientes como se indica en la literatura nacional, pero también nos damos cuenta que la edad de diagnóstico del mismo no ha disminuido y desgraciadamente la población que se detectó generalmente ya se encontraban en etapas tardías del mismo encontrando ya sintomatología terminal en nuestros pacientes como lo son la hematemesis, melena y pérdida de peso, y no se detectan en forma temprana como se quisiera en pacientes asintomáticos, por lo que pensamos que se debe adoptar el uso de endoscopia en pacientes de riesgo para este tipo de cáncer.

También encontramos que de las poblaciones que mostraron mayor frecuencia de CG entre las mismas se encuentra una población pequeña que es Ures donde se reportan 6 casos ocupando el segundo lugar en frecuencia y es un pueblo donde se tiene un alto grado de consumo de condimentos que es una de las

de los factores de riesgo importante de CG y consideramos que debería estudiarse los hábitos alimenticios de esta población. También observamos en nuestro estudio que la mayoría de los pacientes son hombres y que se sale de las estadísticas nacionales de 1.7:1.

Otra observación importante que tenemos es que el lugar de localización del mismo en frecuencia, se encuentra primero el de la curvatura menor y en antro gástrico que es igual a las estadísticas nacionales, pero se reportan pocos casos de cuerpo y fundus los cuáles representan en 4% de la población estudiada que se salen de las estadísticas nacionales.

CONCLUSIONES

1) EL Cáncer gástrico ha aumentado en los últimos años en el Hospital General del Estado de Sonora.

2) Los resultados de los hallazgos endoscópicos en nuestro hospital están muy relacionados con el reporte histopatológico, no así la sospecha clínica en nuestro estudio, pero se concluye que se piensa más en el diagnóstico y no se subestiman los síntomas.

3) El CG se diagnostica en estadios avanzados en nuestro hospital esto puede atribuirse a que los pacientes acuden a consulta en forma tardía.

4) En cuanto al lugar de procedencia de nuestros pacientes, son principalmente de la ciudad de Hermosillo y la población de Ures ya que juntos representaron una frecuencia significativa mayor del 50% de nuestros casos.

5) La localización del CG en la mayoría fueron en la curvatura menor del antro gástrico, que no se relaciona con la sintomatología encontrada con los

pacientes que seguramente es debida a que se encontraron en forma tardía.

6) El tipo histológico más frecuente es el adenocarcinoma de tipo intestinal y poco diferenciado, que está relacionado con las estadísticas nacionales e internacionales

7) Las estadísticas en edad y sexo no han cambiado en nuestros pacientes y no se pueden comparar con las de los lugares con mayor frecuencia de CG, ya que en Japón por ejemplo, la edad más frecuente es 10 años menor predominantemente en hombres.

SUGERENCIAS

- 1) Realizar más estudios endoscópicos en pacientes de riesgo para CG, como edad y sexo, lugar de procedencia y tipo de alimentación.
- 2) Estudiar a las poblaciones mas afectadas como lo son Ures y Hermosillo, sobre características del ambiente así como hábitos dietéticos y características de migración y otros factores de riesgo.

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Fauci Wilson, Root. Harrison. Principles of Internal Medicine Tomo 2. 14a. ed. 1998
- 2.- Misael Uribe, Tratado de Medicina Interna Tomo I, 2a. ed. 1995
- 3.- J. Halabe, A.Lifshitz,j. Lopez Brcena, M. Ramiro El Internista.1a. ed. Abril de 1997.
- 4.- Villalobos Pérez. Introducción a la Gastroenterologia 1a. ed. 1988.
- 5.- Lawrence M, Stephen J. Maxine A. Current Medical Diagnosis & Treatment. 37th ed. 1998
- 6.- Ponce de León S. Traducción del Artículo: Cómo leer revistas médicas publicado en el Canadian Medical Association Journal, Vol. 124; pp 703-710, 1981

SUGERENCIAS

- 1) Realizar más estudios endoscópicos en pacientes de riesgo para CG, como edad y sexo, lugar de procedencia y tipo de alimentación.
- 2) Estudiar a las poblaciones mas afectadas como lo son Ures y Hermosillo, sobre características del ambiente así como hábitos dietéticos y características de migración y otros factores de riesgo.

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Fauci Wilson, Root. Harrison. Principles of Internal Medicine Tomo 2. 14a. ed. 1998
- 2.- Misael Uribe, Tratado de Medicina Interna Tomo I, 2a. ed. 1995
- 3.- J. Halabe, A.Lifshitz,j. Lopez Brcena, M. Ramiro El Internista.1a. ed. Abril de 1997.
- 4.- Villalobos Pérez. Introducción a la Gastroenterologia 1a. ed. 1988.
- 5.- Lawrence M, Stephen J. Maxine A. Current Medical Diagnosis & Treatment. 37th ed. 1998
- 6.- Ponce de León S. Traducción del Artículo: Cómo leer revistas médicas publicado en el Canadian Medical Association Journal, Vol. 124; pp 703-710, 1981

INDICE

Resumen / Abstract	Pág. 1
Introducción	Pág. 2
Material y Métodos	Pág. 4
Resultados	Pág. 4
Discusión	Pág. 6
Conclusiones	Pág. 8
Sugerencias	Pág. 9
Bibliografía	Pág. 9