

BIBLIOTECA CENTRAL

11209

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

CÁNCER GÁSTRICO.  
EXPERIENCIA DE CINCO AÑOS EN EL HOSPITAL  
GENERAL  
"DR. DARÍO FERNÁNDEZ FIERRO"  
I. S. S. S. T. E.

SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL

ALUMNO:  
DR. JOSÉ LUIS SERRANO MÉNDEZ.

MÉXICO DF. OCTUBRE DE ~~1981~~

BIBLIOTECA CENTRAL 2004

BIBLIOTECA CENTRAL



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS  
MÉXICO, D.F.  
Dr. José Luis Serblán  
MÉNDEZ  
17 MAR. 04

ESTA TESIS NO SE  
DE LA BIBLIOTECA

17 MAR 2004

COORDINADOR DEL SERVICIO DE CIRUGÍA

  
\_\_\_\_\_  
DR. ZACARIAS VELAZQUEZ GUERRA.



JEFE DEL SERVICIO DE CIRUGIA GRAL

  
\_\_\_\_\_  
DR. JORGE DEL VILLAR B.

PROFESOR TITULAR DEL CURSO.

  
\_\_\_\_\_  
DR. GUSTAVO ALFONSO HUITRÓN AGUILAR

ASESOR DE TESIS

  
\_\_\_\_\_  
DR. JUAN FRANCISCO AGUIRRE CORDOVA

COORDINADOR DE ENSEÑANZA

  
\_\_\_\_\_  
DR. JOSE LUIS FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ

JEFE DE INVESTIGACIÓN

  
\_\_\_\_\_  
DR. SIGFRIDO G. HUERTA ALVARADO.

I. S. S. S. T. E.  
SUB-DIVISION DE MEDICINA  
H. G. B.

ENSEÑANZA

## CANCER GASTRICO

**Experiencia de cinco años en el hospital general Dr. Darío Fernández fierro.**

Antecedentes: El cáncer gástrico es una neoplasia Frecuente en el mundo. Su prevalencia varia ampliamente dependiendo de la localidad y del tipo de población que se estudie. Es más frecuente en el genero masculino en una relación 2:1 ocurre con mayor frecuencia en Centro y Sudamérica (3) en el extremo Oriente y en general en los países pobres (3) La tasa más alta de 70 por 100,000 hombres Norteamericanos es de 10 nuevos casos por cada 100,000 individuos por año (2) Puede presentarse a cualquier edad, pero su incidencia aumenta significativamente desde los 50 años. En México sabemos que es la causa más frecuente de cáncer del aparato digestivo, y que es la segunda causa de mortalidad por cáncer con una tasa de 5.2 por 100,000 habitantes. (en 1992) lo que da una buena idea de la magnitud del problema (1)

Las principales opciones para el tratamiento quirúrgico son: La gastrectomia subtotal distal, La gastrectomia subtotal próximal, y la gastrectomia total. El restablecimiento de la continuidad del aparato digestivo, se logra mediante gastroenteroanastomosis, esófagogastroanastomosis, y esofagoyeyunostomosis. Es evidente que el cáncer gástrico tiende a incrementare en nuestro país, el hecho de tratar de encontrar los factores predisponentes con principal enfoque al metodo diagnostico, estadio, y tratamiento desde el primer contacto al dar un diagnostico temprano y el tratamiento oportuno se reducirá la mortalidad, disminuirán las secuencias y finalmente el costo total de la atención.

## GASTRIC CANCER

### **BACKGROUND**

The Gastric Cancer is a neoplasia frequent in the world. The prevalencia of gastric cancer varies widely depending on the locality and of the type on population that is studied. It is more frequent in the masculine gender, in a relationship 2:1 with respect to the feminine. This is certain in populations of high risk. It can be presented to any age but the incidence increases significantly from 50 years and in groups of greater age. It is extremely rare in minors of 30 years; it has been identified vulnerability between the economic strata more lower. The infection *Helicobacter Pylori* this clearly associated with Gastric Cancer. Occur with greater frequency in Center and South America, in the extreme east and as a rule in the poor countries. There is 25,000 new cases of Stomach Carcinoma in United States the highest rate of 70 for 100,000 men is observed in Japan. The principal options for the surgical treatment are: the Gastric Removal Subtotal Dístal, the Removal Subtotal Proximal and total Gastrectomy. The reestablishment of the continuity of the digestive appliance is achieved through anastomosis of the Thin Intestine to the gastric stump (Gastroenterostomy) of the Gastric Fragment Distal Esophagus (Esofagogastrostomy) of the Thin Intestine to the Esophagus (Esofagoyeyunostomy).

In Mexico we know that it is the cause but frequent of Cancer of the Digestive Appliance and that it is the second cause of mortality by Cancer, what gives a good idea of the magnitude of the problem. It is evident that the Gastric Cancer tends to be increased in our country the fact to try to finding the factors predisponet with principal approach diagnostic method, estages and treatment from the first contact upon giving an early diagnosis and the timely treatment will be reduced the morby-mortality, will reduce the sequels and finally the total cost of the attention.

It was accomplished a retrospective observational study, the study included 19 patient registered during a periodo 5-year-old, of January of 1994 to June of 1998. with clinical diagnosis and histopatology of Gastric Cancer, the sick were evaluated and treated in Service of Oncology of the General Hospital "Dr. Dario Fernández" of the ISSSTE in the city of Mexico being checked the corresponding files. The procedures to determine the extention tumoral were the conventional; they were studied the following variable as; age, sex, lost of weight, dispeptic syndrom, anemic syndrom, blood type, presence of *Helicobacter Pylori*, race histólogy, location of the tumor, form of treatment.

In this study was includ 19 patient with Gastric Cancer was observed predominance in men; this probably by be tried to a population selected whose mean age was of 68.9 years. Most of the patients presented some gastrointestinal or systemic symptom. The most frequent were the dispeptic syndrom, and the anemic syndrom, followed by the lost by weight, these observations are similar to

the reported in other series. In relationship to the blood type was found patient three with group positive that it is referred it as of risk. As well as alone was found the report of the presence by Helicobacter Pylori in patient three. The clinical course of the attended patients suggested an advanced state since the tumoral extension prevailed important, this evidence the lack of an early detection program of the neoplasia, as exists in other countries. The diagnostic procedures more used were the endoscopy with takes of biopsia, the TAC and the SEGDD, those which showed a reliability of 94.73 % 52.63 % and 31.57 % respectively. The initial location more frequent corresponded to the the one which antrus was followed by the body and smaller curvature something which is similar what is informed. The great majority of these cases were adenocarcinomas with predominance of adenocarcinoma little differentiated. The initial treatment was the surgery in 26.31 % of the cases, being effected radical surgery according to the anatomical location. Continuing the principles established to the literature. The complementary treatment postsurgery was accomplished in 31.57 % of the patients, with quimioterapy, using agents antineoplásic whose answers cups are fully known.

The adenocarcinoma constitutes 90% of the cases of the tumors of estomach, other tumors less frequent are; linfomas, leiomiomas, leiomiosarcomas, carcinoma epidermoide, carcinoma adenoescamoso, adenocarcinoide, etc. In the persons with tumors "early" are not presented symptoms, occasionally is made he diagnose fortuitous when bleeds a small gastric sore or when is accomplished a endoscopy for pain or additionally reasons. In the cases "advanced" clinical table is very variable. They can be presented the symptoms and wear signs by chronicle disease as lost of weight, anemia, astenia, adinamyc and anorexy, or assault on general state. Also they can be presented the symptoms and signs directly related to the gastric cancer, as pain, bled of digestive pipe, obstruction at level of the cardias, or of the pylorus, perforation or palpable bulk. However, it does not exist a clinical table characteristic classic and in the practices current is required a high suspicion index to make he diagnose early. Most of the patients with gastric cancer are evaluated during months by medical several and receive various treatments before that is you/them accomplished a endoscopy or a gastroduodenal series. The treatment of the Gastric Cancer is eminity surgical, the resection gastric is the only one treatment that offers the option

## **MATERIAL Y METODOS:**

Se realizo un estudio observacional retrospectivo que incluyo 36 pacientes registrados desde Enero de 1994 a junio de 1998. Con el dx clínico de cáncer gástrico que fue corroborado con el reporte histopatologico. Descartándose 17 casos por faltar el expediente. Los pacientes fueron evaluados y tratados en el servicio de oncología quirurgica del Hospital General Dr. Dario Fernández Fierro del ISSSTE de la ciudad de México revisandose los expedientes correspondientes.

Los procedimientos para determinar la extensión tumoral fueron de acuerdo a la clasificación de Bormann dependiendo de su aspecto macroscopico y su patrón de crecimiento Se estudiaron las siguientes variables: edad, sexo, perdida de peso, síndrome dispeptico, síndrome anémico, grupo sanguineo, presencia de Helicobacter pilory, estirpe histologica, localización del tumor y forma de tratamiento.

## **RESULTADOS:**

En el periodo analizado de cinco años, se detectaron 19 pacientes con cáncer gástrico, promedio de 3 a 4 casos nuevos por año. La edad de los enfermos fluctuo de 52 a 86 años con media de 69 años. De los 19 casos 12 (63.16 %) fueron hombres y 7 (26.84 %) mujeres, con una relación de 63.16 a 36.84. Las características generales de los pacientes como son los sintomas motivos de la consulta, estudios realizados, repote de helicobacter pilory y localización del tumor se exponen en el cuadro 1.

El 73.68 % de los pacientes presentaron más de una variable en el cuadro clinico, los más importantes fueron:

Síndrome anemico 94.73 %, Perdida de peso 84.21%, síndrome diipeptico 89.47%. en cuanto a grupo sanguineo se encontro que el grupo A + estuvo presente en un 15.78 % y el grupo O+ en un 42.10 %. La prescencia de helicobacter pilory en 15.78 %, los estudios para establecer el diagnostico mostraron los hallazgos compatibles con CA en 31.57 % de pacientes a los que se les realizo SEG. En 94.73 % de pacientes a los que se les practico endoscopia, y 52.63 % a los que se les tomo TAC.

Las diferentes localizaciones tumorales son expuestas en el cuadro II, en donde se observa que el antro fue el mas afectado en un 63.15 %. En ocho casos no fue posible precisar el sitio anatomico inicial por hallarse una gran masa tumoral que ocupaba todo el organo.

De las 19 neoplasias 15 (78.94 %) fueron identificadas como Adenocarcinomas y 4 (21.05%) como Carcinoides.



Durante la cirugía realizada cinco casos fueron considerados como irresecables, a seis de los practicó yeyunostomía, a cinco pacientes se les realizó gastroyeyunoanastomosis, y a cinco se les hizo gastrectomía total.

El tratamiento con quimioterapia complementaria se administró de acuerdo a estirpe histológica, grado de diferenciación del tumor, estado general del paciente. La asociación de quimioterápicos más utilizada fue a base de 5 FU, Doxorubicina y Mitomicina, y se les administró a doce pacientes.

**CUADRO I. Ordinalidad de las manifestaciones en los pacientes.**

EDAD	52 a 86 años 69 promedio
SEXO	Hombres 12 Mujeres 7
MOTIVO DE CONSULTA	Pérdida de peso Síndrome dispéptico Síndrome anémico Grupo sanguíneo H. Pilory
ESTUDIO	Serie Gastroduodenal Endoscopia con biopsia TAC
HISTOPATOLOGIA	Adenocarcinoma Carcinoide Linfomas
LOCALIZACIÓN TUMORAL	Antro Curvatura menor Curvatura mayor Cuerpo Fondo

**CUADRO II. Localización aislada del tumor.**

PACIENTE	ANTRO	CURVATURA MENOR	CURVATURA MAYOR	CUERPO	FONDO
1	X				
2					
3					X
4					
5					
6					
7				X	
8		X			
9					
10	X				
11					
12					
13		X			
14					
15					
16	X				
17					
18					
19					
TOTAL	3	2	0	1	1

**CUADRO III. Localización diseminada de los tumores**

PACIENTE	ANTRO	CURVATURA MENOR	CURVATURA MAYOR	CUERPO	FONDO
1	X				
2	X			X	
3					X
4				X	X
5	X	X	X	X	X
6	X			X	
7				X	
8		X			
9	X	X	X	X	
10	X				
11				X	X
12	X	X	X		
13	X	X			
14			X	X	
15	X	X	X	X	X
16	X				X
17		X			
18	X				
19	X		X		
TOTAL	12	7	6	9	6

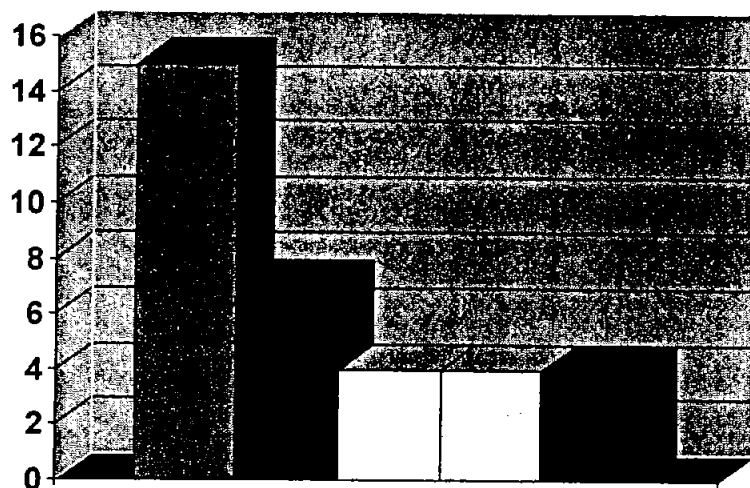
#### **CUADRO IV. Patología.**

	Numero	%
Adenocarcinomas	15	78.94
Poco diferenciado G 1	7	36.82
Moderadamente diferenciado G 2	4	21.05
Sin notificar grado dif.	4	21.05
Carcinóides	4	21.05

#### **CUADRO V. Tratamiento de los 19 pacientes.**

Cirugía inicial radical (Gastrectomia total)	5
Cirugía derivativa (gastroyeyunoanastomosis)	6
Irresecable	5
Yeyunostomia	6
Quimioterapia	12
Complementaria	

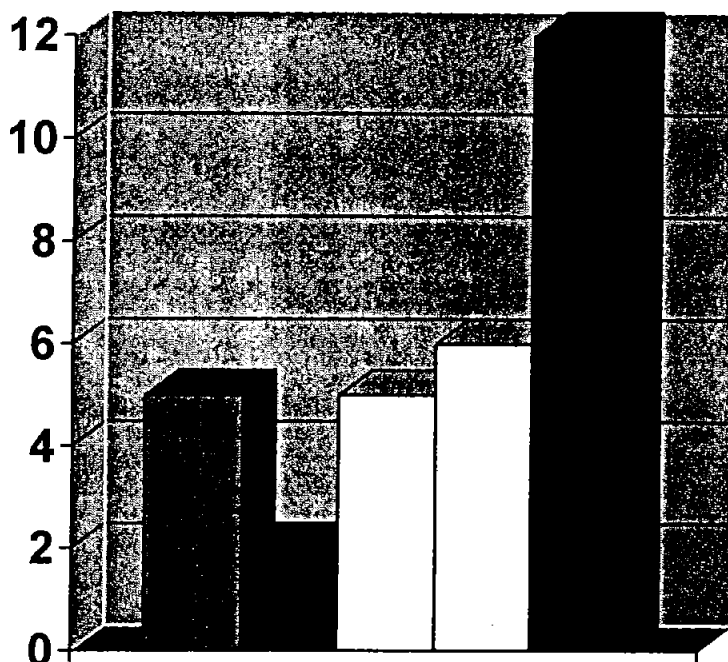
### GRAFICA I PATOLOGIA



1er trim.

- ADENOCARCINOMAS
- POCO DIFERENCIADO
- MODERADAMENTE DIFERENCIADO
- S NOTIFICAR GRADO DE DIF.
- CARCINOIDE

### GRAFICA II TRATAMIENTO



1er trim.

- CIRUGIA INICIAL RADICAL (GASTRECTOMIA TOTAL)
- CIRUGIA DERIVATIVA (GASTROYEYUNOANASTOMOSIS)
- IRRESECABLE
- YEYUNOSTOMIA
- QUIMIOTERAPIA

## Discusión

En este estudio que incluyo 19 pacientes con cancer gastrico, se observo predominancia en hombres cuya edad media fue de 68.9 años.

La mayoría de los pacientes presentaron algun sintoma gastrintestinal o sistémico. Los mas frecuentes fueron el síndrome diséptico, y el síndrome anémico, seguido por la pérdida de peso. Estas observaciones son similares a las reportadas en otras series (3) en relación al grupo sanguíneo se encontro a tres pacientes con grupo a+(15.78 %) que es el referido como de riesgo, lo cual no se corrobora en nuestra serie.

Se ha referido el grupo y Rh comp factor predisponente sin embargo en nuestros pacientes no encontramos esta relación, predominando el grupo o+ en 42.10 %. De forma similar H. Pilory no corresponde ya que se ha relacionado al linfomas y no a Adeno y Carcinoide.

El tratamiento quirurgico se realizo dependiendo de la localización tumoral, siendo los metodos más utilizados las gastroyeyunoanastomosis, la gastrectomia total y la yeyunostomia, como lo menciona la literatura (6)(8).

En las personas con tumores " tempranos " no se presentan sintomas, ocasionalmente se hace el diagnostico fortuito cuando sangra una pequeña ulcera gastrica o cuando se realiza una endoscopia por dolor o por otras razones, hecho que no fue el caso en ninguno de nuestros pacientes, los que ya se presentaron con datos de infiltración difusa el 42.10 %.

En los casos "avanzados" el cuadro clinico es muy variable. Pueden presentarse los sintomas y signos de desgaste por enfermedad cronica como pérdida de peso, anemia, astenia, anorexia, ataque al estado general. También puede presentarse los sintomas y signos directamente relacionados al cancer gastrico, como dolor, sangrado de tubo digestivo, obstrucción a nivel del cardias o del piloro, perforación o masa palpable. Si embargo no existe un cuadro clinico caracteristico y en la practica diaria se requiere un alto indice de sospecha para hacer el diagnostico temprano. La mayoría de los pacientes con cancer gastrico son evaluados durante varios meses por varios medicos y reciben tratamiento diversos antes que se les realice una endoscopia o una serie gastroduodenal.

El tratamiento del cancer gastrico es eminentemente quirurgico. La resección gastrica, es el unico tratamiento que ofrece la opción de curación (6)(7)(8), pero debe hacerse un diagnostico precoz en un estadio adecuado, hecho que según el resultado de nuestra investigación aun no es posible realizar en nuestro medio.

**ESTA TESIS NO SALE  
DE LA BIBLIOTECA**

## REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA.

- 1.- López Carrillo Lizbeth. "Epidemiología del Cáncer de Estomago". Instituto Nacional de Cancerología. Vol. 41 Ene-Mar. 1995.
- 2.- Manual de la American Cancer Society . "Neoplasias Gástricas". 1997.
- 3.- Oñate Ocaña Luis F. "Cáncer Gástrico". Depto de Gastroenterología. Inst. Nac. de Cancerología.
- 4.- Muñoz N. Franceschi. "Epidemiology of Gastric Cancer and perspective for prevention." Salud Pública de México. Jul-Ago. 1997. Vol. 5.
- 5.- Yanahi H. Matsumoto Y. Harada T. "Endoscopic ultrasonography and endoscopy for staging depth. of invasion in early Gastric Cancer". Gastrointestinal endoscopy sept. 1997.
- 6.- Karpeh Ms. Kelsen Dp. "Combined modality therapy of Gastric Cancer ". Surgican Oncology Clinics of North America. Oct. 1997.
- 7.- Yoshinori Nio. Michihiko Tsubana. "Comparison of survival curves of Gastric Cancer patients after surgery t according to the Uicc Stage clasification and general rules for Gastric Cancer study by the japanese. Research Society for Gastric Cancer". Annals of Surgery. Vol. 218. 1993.
- 8.- Reinhardt Bittner. Michael Butters. "Total Gastrectomy". Annals of Surgery Vol. 224. 1996.