

11227.
201.37.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

Facultad de Medicina

División Estudios de Postgrado e Investigación

I.S.S.S.T.E.

Hospital Regional "Lic. Adolfo López Mateos"

"HEMORRAGIA DE TUBO DIGESTIVO ALTO Y
CANCER GASTRICO O LESIONES PREMALIGNAS"

Trabajo de investigación que para obtener el título
en la especialidad de MEDICINA INTERNA.

PRESENTA EL:

Dr. Juan Daniel Martínez Vázquez.



DIRECCION GENERAL MEDICA

5 DIC. 1989

Dr. Ricardo López Franco

JEFE DE CAPACITACION Y
DESARROLLO

Dr. Humberto Hurtado Figueroa

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE
MEDICINA INTERNA

México, DF Noviembre 1989

**TESIS CON
FALTA DE ORIGEN**



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.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

RESUMEN

Se identifica la presencia de cáncer gástrico en 9 pacientes que acudieron al servicio de Urgencias Adultos del Hospital Regional "Lic. Adolfo López Mateos" ISSSTE por hemorragia de tubo digestivo alto y que fueron hospitalizados en el servicio de Medicina Interna entre Mayo de 1988 y Junio de 1989, durante su estancia hospitalaria se sometieron a exámenes convencionales para la detección de cáncer gástrico, tales como SEGD Y Panendoscopia de tubo digestivo alto con toma de biopsia, así como exámenes rutinarios de laboratorio (EH, PFH, Grupo, Rh.).

Todos los pacientes eran nacionales, cuya edad media era de 59 años, la proporción entre sexos fue 2:1 a favor de las mujeres, en todos los sujetos se confirmó anemia cuya cifra promedio es de 9.6gr% de Hb.

Tanto la SEGD y la endoscopia permitió señalar con precisión (90%) evidencia de cáncer gástrico, cuyo tipo macroscópico más frecuente fue el mixto (IIa + IIc), así también la localización común es el antro, el estadio de los sujetos era avanzado (III-IV) según la AJC. Cinco pacientes se sometieron a cirugía paliativa de los cuales el 60% ha muerto, un paciente vive con 10 meses de sobrevivida.

La mortalidad conocida para los sujetos investigados es del 60%.

El reporte histopatológico para todos los pacientes es de adenocarcinoma, sólo 60% moderadamente diferenciado.

Se concluye que las características de los pacientes observados no difiere de los reportes de diversos autores y se confirma la utilidad de los métodos convencionales de evaluación (SEGD Endoscopia) para la detección temprana de cáncer gástrico.

SUMMARY.

In this paper the gastric carcinoma is identify in 9 patients who arrive at Emergency Service in Regional Hospital "Adolfo López Mateos" ISSSTE, this patients arrived whit upper gastrointestinal bleeding, were hospitalizated at Internal Medicine Service between May 1988 to June 1989, during hospital sojurn were submitted to conventional studies for gastric carcinoma detection such SEGD and endoscopy with biopsy, although rutinary laboratory (Sh PFH Group Rh).

All patients were mexicans whose middle age were 59 years, proportion between sex were 3:1 for womens. In all are confirmate anemy, in average 9.6gr% Hb. Endoscopy and SEGD permitted us afirated rightly (70%) gastric carcinoma evidence, whose macroscopic type more frequent was mixed type (IIa + IIc), common localization is in the antrum, this patients presented avanced stage (III-IV) acording AJC. Five patients were submitted paliative surgery, 60% of them had dead, only one is live and has survived for 10 months postsurgery. Mortality well known for this patients were 80%. Histopatology report for all patients are adenocarcinoma, moderately diferenciated it only 60%.

In conclusion, the characteristics about that patients in this paper is according whit others authors and confirmed the utility in conventional evaluating methods (Endoscopy SEGD) to early detection for gastric carcinoma.

INTRODUCCION.

La mayoría de las neoplasias que se observan en estómago son malignas y de ellas la más frecuente son los adenocarcinomas. (1.4.5.7.). De acuerdo con diversos reportes, se trata de la enfermedad maligna más frecuente en los EUA hasta la década de 1940-50, desde entonces, sin explicación aparente, ha tenido una declinación variable pero constante. (1-12.).

Se ha documentado la disminución de la incidencia de cáncer gástrico en sujetos que migran desde zonas de alta incidencia hacia regiones de bajo riesgo, así también reportes preliminares sugieren el fenómeno contrario. (7.8.9.).

La influencia de la migración sobre la incidencia permite suponer que tal enfermedad podría estar provocada por exposición a un agente etiológico en etapa temprana de la vida, la naturaleza de dicho agente no se conoce, pero se han implicado sustancias alimenticias, pues parece existir asociación aumentada con la ingesta de almidón, vegetales en escabeche, carnes rojas y pescado salado. Otras sustancias implicadas han sido los nitratos, que al parecer, cuando son reducidos a nitritos y combinarse con aminas y amidas forman nitrosaminas y nitrosamidas, ambas sustancias carcinogénicas en animales de experimentación. (8.9.10.11.12.).

Se ha observado también incremento en el número de bacterias formadoras de nitritos en el tracto gastrointestinal de personas con hipoclorhidria, condiciones frecuentes en sujetos susceptibles de padecer cáncer gástrico. (8.9.12.).

El papel desempeñado por los factores hereditarios ha sido ampliamente estudiado, observando en los pacientes con neoplasia maligna de estómago que pertenecen con mayor frecuencia al tipo sanguíneo A Rh(-), aunque su significado etiológico no es claro, pues no se ha detectado HLA específico. Bien es cierto que se han descrito familias con incidencia incrementada hasta 2-3 veces de cáncer gástrico, con lo que se presupone un estado de susceptibilidad heredada. (5.8.).

Poblaciones de riesgo. - La incidencia y la mortalidad aumentan con la edad, con pocos casos en menores de 30 años e incremento claro en los mayores de 50. La relación entre sexos registra una proporción 2:1 a favor de los varones. Su incidencia se observa también en las clases socioeconómicas bajas, grupo donde la mortalidad tiene mayor afección. (4-7.).

En los pacientes portadores de anemia perniciosa se ha observado una incidencia incrementada hasta del 10%, sin embargo su relación etiopatogénica no ha podido ser esclarecida. (4.7.8.).

En los sujetos con resección gástrica por patología benigna de estómago se ha estimado la incidencia en 5-16%, al parecer detectable por endoscopia y biopsia seriadas durante los siguientes 10 a 20 años postoperatorios, por lo que se sugiere vigilancia endoscópica cada 3 a 5 años con toma de biopsia. (4.5.6.7.).

Se acepta que el cáncer gástrico se puede presentar como úlcera y en los casos en que se encuentra como úlcera crónica se considera que su diagnóstico había sido desapercibido durante los estudios iniciales, si una úlcera sana con tratamiento y se demuestra cáncer al recurrir,

no implica lesión benigna previa, pues se han reportado que úlceras gástricas malignas pueden "curar" ocasionalmente con medicación intensa.(2-8.).

Durante las gastritis atróficas crónicas las glándulas gástricas se hallan disminuidas o ausentes, desarrollando metaplasia intestinal, lo que permite suponer, que la presencia de una lesión histológica anormal, aunque de naturaleza reparadora, predispone a degeneración maligna si el estómago está expuesto al mismo estímulo por tiempo muy prolongado.(4.5.7.8.).

En 1962, la Sociedad Endoscópica Japonesa determinó que, con objeto de modificar la mortalidad del cáncer gástrico era necesario la identificación de los casos de "cáncer temprano", definido como un estadio de la enfermedad en el que la profundidad de la invasión se halla limitado a la mucosa o a la submucosa. En tal sentido, el cáncer gástrico temprano (CGT), es un diagnóstico histológico, y aunque este término sugiere la existencia de una lesión que no es avanzada, asintomática, que no es extensa y por lo tanto curable, no asegura dichas premisas. La mayoría de casos de CGT se detectan en el estómago distal, de forma macroscópica se ha dividido en tres tipos:

Tipo I: Protruyente o polipóide; **Tipo II:** Superficial, con tres variedades **IIa:** Sobreelevado, **IIb:** Plano, **IIc:** Deprimido; **Tipo III:** Excavado; así también como el **Tipo Mixto:** cuyas combinaciones más frecuentes son **IIa + IIc** y **IIc + III**. Siendo el más frecuente de acuerdo con varios reportes el tipo **IIc**. (1.5.8.9.12).

También la American Joint Committee for Cancer Staging (AJC), en 1977 propuso la siguiente clasificación basado en la profundidad de la infiltración y la existencia de nódulos metastásicos, a saber:

Estadio I: Tumor que afecta la mucosa o la mucosa y la submucosa sin existir nódulos metastásicos; **Estadio II:** Aquellos que afectan la serosa o incluso estructuras vecinas sin metástasis a ganglios regionales; **Estadio III:** Con afección ganglionar regional; **Estadio IV:** Con afección ganglionar o metástasis a distancia. (6.7.12.).

MATERIAL Y METODOS.

El presente estudio es una investigación prospectiva, cuyos límites son: Mayo.1988 hasta Junio.1989, que involucra a todos los pacientes susceptibles de cáncer gástrico, que acudieron al servicio de Urgencias Adultos del Hospital Regional "Lic. Adolfo López Matcos" I.S.S.S.T.E. con un episodio de hemorragia de tubo digestivo alto, en quien se identifiquen lesiones premalignas o cáncer gástrico. El interés de la misma es meramente descriptiva, comparando los reportes de la literatura mundial con los sucesos de la institución.

Criterios de Inclusión. Pacientes de ambos sexos, mayores de 40 años, con o sin historia de enfermedad acidopéptica, con episodio único e inicial de hemorragia de tubo digestivo alto, manifestado por melena y/o hematemesis, biometría hemática con anemia (Hb menor de 12gr%), de tipo macrocítico o ferropénica, pruebas de función hepática y Rx de tórax normales ni evidencia clínica de metástasis a distancia, quimismo gástrico negativo, serie esofagogastroduodenal (SEGD) sugestiva de neoplasia, a saber: lesión tumoral evidente o estómago poco distensible, panendoscopia de tubo digestivo alto y toma de biopsia. Ingresaran al estudio los pacientes que cumplan dichos criterios, al ser positiva la biopsia para cáncer gástrico, serán recopilados datos de la historia clínica, laboratorio, gabinete y patología para caracterizar cada caso.

El propósito final del estudio es la descripción de las características de los pacientes portadores de cáncer gástrico, para identificar si las variables descritas en la literatura mundial son aplicables a la población derechohabiente del hospital.

RESULTADOS.

En los 9 pacientes que incluye el presente trabajo el rango de edad fue de 46 a 78 años con una media de 59 años. (Tabla 1). La proporción entre los sexos es de 2:1 en favor de las mujeres. Todos ellos de origen nacional y de raza mestiza. Obviamente todos presentaron hemorragia de tubo digestivo alto, con melena como la manifestación más común, otro sintoma frecuente fue la pérdida ponderal. (Tabla 2). En cuanto a la historia familiar, la quinta parte tenía antecedentes familiares positivos para cáncer gástrico. La dieta de todos los sujetos era rica en carbohidratos simples, tradicional en el país. Se investigó el grupo sanguíneo, el tipo A Rh(+) corresponde a cuatro de los pacientes. En todos los casos se evidenció anemia, con rango de 4.2 a 11.5gr de Hb., con promedio de 9.6gr% de Hb., el tipo de anemia fue la ferropénica. Únicamente dos pacientes tuvieron alteraciones bioquímicas inespecíficas en las pruebas de función hepática. De los estudios de gabinete se debe mencionar que la tele de tórax resultó negativa para la búsqueda de metástasis. La SEDG no se realizó en dos pacientes por problemas técnicos, sin embargo, sólo una se consideró como normal, en el resto (65%) el estudio obtuvo resultados confirmatorios para la presencia de cáncer gástrico con un estómago poco distensible como el dato más constante. La endoscopia de tubo digestivo alto se realizó en 8 pacientes, con evidencia macroscópica de cáncer gástrico en todas ellas, siendo el tipo más frecuente el mixto (IIa + IIc) en un tercio de los casos, (Tabla 3) se debe mencionar que la toma de material para biopsia permitió en todos los sujetos confirmar el diagnóstico de cáncer gástrico. La localización más frecuente de las lesiones (55%), ocurrieron en el antro (tercio distal de estómago), únicamente en la cuarta parte con tamaño suficiente para condicionar obstrucción. Solamente en dos paciente hubo confirmación no invasiva de lesiones a distancia (TAC abdominal, Medicina nuclear), localizados a ganglios regionales e hígado, a uno de ellos no se le realizó endoscopia, por lo que no hubo confirmación histológica del padecimiento. Del total de pacientes, 4 optaron por solicitar alta voluntaria al momento del diagnóstico, los otros 5 recibieron tratamiento quirúrgico (gastrectomía subtotal), en todos ellos se confirmaron lesiones metastásicas, calificando los estadios en III (3 pacientes) y IV (2 sujetos). De los pacientes operados se conocen 3 defunciones, una se desconoce su estado actual de salud y otra más se encuentra viva con 10 meses de sobrevida postquirúrgica. De los pacientes egresados en forma voluntaria solamente se conoce una defunción por comunicación familiar, por lo cual la mortalidad conocida para los sujetos del estudio ocupa el 80%. Desgraciadamente no se pudo computar el tiempo de sobrevida para los pacientes operados. El reporte histopatológico para todos los casos fue de adenocarcinoma resalta el hecho de que el 60% se catalogó como medianamente diferenciado.

DISCUSION.

De acuerdo con lo descrito en la literatura mundial los datos clínicos más importantes de los pacientes con cáncer gástrico, son el dolor epigástrico y la pérdida ponderal, respectivamente aparecen en el 70 y 85% de los casos, en cuanto a las manifestaciones clínicas de hemorragia de tubo digestivo alto tales como melena y hematemesis varían su frecuencia entre 20 hasta 40% de acuerdo a diversos autores. (4.7.8.12.). Para el presente estudio se deberá mencionar que la hemorragia de tubo digestivo alto era un criterio de inclusión por lo que su frecuencia no tiene validez comparativa, pero sin duda, se puede asegurar que la investigación de todo evento hemorrágico de tubo digestivo alto permitirá descartar la presencia de lesiones de CGT.

Los signos más frecuentes son la anemia de tipo ferropénico (85%) y la evidencia de hemorragia de tubo digestivo alto microscópico por prueba de guayaco, se halla hasta en el 50% de los casos (4.7.8.). Por lo tanto en los sujetos estudiados existían ambos factores de sospecha para la presencia de cáncer gástrico, sin embargo se debe considerar como signos inespecíficos.

Se coincide con el grupo etéreo de riesgo, pero la proporción entre sexos de aprecia invertida, esto último sin posibilidad de tener significación estadística.

También como se ha comentado el 75% de los tumores gástricos son malignos y de ellos más del 90% corresponden a adenocarcinomas bien diferenciados, el tipo macroscópico IIc (45%) se reporta con mayor frecuencia, así también el estadio de identificación al momento del diagnóstico más observado corresponde al III (47%).(2.5.8.12.).

Los resultados obtenidos durante el estudio, coinciden en gran medida con los reportes mencionados.

Se confirma también durante el estudio la sensibilidad de las técnicas convencionales de investigación en pacientes con sospecha de neoplasia maligna de estómago, a saber, SEOD y endoscopia de tubo digestivo alto, lo que permite en forma combinada descartar, prácticamente hasta con 76% de sensibilidad, la presencia de CGT.

El reporte de casos del presente estudio permite realizar únicamente aproximaciones del porcentaje que le corresponde en relación a los ingresos ocurridos en el servicio de Medicina Interna, a saber: 2381 ingresos durante el periodo comprendido en el estudio, por tanto la incidencia de cáncer gástrico en el servicio es de 3,70/1000 resultado que se encuentra por abajo de los reportes de los países endémicos. No hubo ningún otro caso de cáncer gástrico en el servicio sin el antecedente de sangrado de tubo digestivo alto. En forma paralela, se identifican 12 casos más de cáncer gástrico en el hospital, donde solamente en 3 se evidencia hemorragia de tubo digestivo alto, lo que permite afirmar que el 57% de los pacientes con cáncer gástrico tuvieron tal manifestación clínica.

TABLA Nº 1.- DISTRIBUCION POR EDAD Y SEXO DE LOS PACIENTES CON
 CANCER GASTRICO DEL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA
 DEL HOSPITAL REGIONAL "LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS" ISSSTE
 MEXICO DF MAYO 1988-JUNIO 1989

GRUPOS DE EDAD	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL
45-54 AÑOS	1	2	3
55-64 AÑOS	1	3	4
65-74 AÑOS	*	*	*
75-84 AÑOS	1	1	2
TOTAL	3	6	9

Fuente: Archivo clinico.

TABLA N° 2.- FRECUENCIA DE SINTOMAS EN LOS PACIENTES CON CANCER GASTRICO DEL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL REGIONAL "LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS" ISSSTE MEXICO DE MAYO 1988-JUNIO 1989

SINTOMA	Nº PACIENTES
MELENA	9
PERDIDA DE PESO	6
DISTENSION ABDOMINAL	5
HEMATEMESIS	3
MASA ABDOMINAL	3

Fuente: Archivo clinico.

TABLA N° 3.- FRECUENCIA DE LOS TIPOS MACROSCOPICOS DE CANCER GASTRICO EN LOS PACIENTES DEL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL REGIONAL "LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS" ISSSTE MEXICO DE MAYO 1989-JUNIO 1989

TIPOS MACROSCOPICOS	Nº
TIPO MIXTO (IIa + IIc)	3
TIPO SUPERFICIAL DEPRINIDO (IIc)	2
TIPO POLIPOIDE (I)	2
TIPO EXCAVADO (III)	1

Fuente: Archivo clinico.

TABLA N° 4.-CANCER GASTRICO EN LOS PACIENTES DEL SERVICIO DE
 MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL REGIONAL
 "LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS" ISSSTE
 METODOS DIAGNOSTICOS, LOCALIZACION DE LA LESION, TRATAMIENTO Y
 ESTADO DE SALUD ACTUAL
 MEXICO DF MAYO 1988-JUNIO 1989

PACIENTE	SEGD	ENDO.	LOC.LES.	TRAT.	EDO.S.
Fem 55a	S	C	CM	Ox	M
Fem 50a	NR	C	A	Ox	M
Fem 77a	S	NR	A	AV	I
Masc 40a	NR	C	CM.F	AV	I
Masc 78a	N	C	A	AV	I
Masc 60a	S	C	A	Ox	M
Fem 51a	S	C	A	AV	M
Fem 46a	S	C	CM	Ox	V
Fem 58a	S	C	CM	Ox	I

S: Sospechosa C: Confirmativa N: Normal NR: No se realiza
 CM: Curvatura Menor A: Antro F: Fundus
 Ox: Quirúrgico AV: Alta Voluntaria
 M: Muerto V: Vivo I: Desconocido.
 SEGD: Serie esofagogastroduodenal ENDO.: Endoscopia
 LOC. LES.: Localización de la lesión TRAT.: Tratamiento
 EDO.S.: Estado de salud.

Fuente: Archivo clínico.

ESTA TESIS NO DEBE
 SALIR DE LA BIBLIOTECA

BIBLIOGRAFIA.

- 1.- Antonioli DA et al; Changes in the location and type of gastric adenocarcinoma. CANCER 50: 775-781 1982.
- 2.- Bizer LS; Adenocarcinoma of the stomach; Current results of treatment; CANCER 51: 743-745 1983.
- 3.- Carter KJ; Shaffer HA; Ritchie WP; Early gastric cancer. Ann. Surg. 199 604-608 1984.
- 4.- Diehl JT; Gastric carcinoma - A ten year review. Ann. Surg. 198:9-12 1983.
- 5.- Geoffrey M; De la Monte S; Dunn JL; gastric carcinoid tumors endocrine cell hyperplasia and associated intestinal metaplasia. CANCER 60: 1022-1031 1987.
- 6.- Hondricks JC; Tumores Malignos de estómago. Clin. Dx. NA 4; 701-713 1986.
- 7.- Hirotoishi O; Yoshikasu N; Kuno T; Early gastric carcinoma with especial reference to macroscopic classification. CANCER 60: 1099-1106 1987.
- 8.- Kaibara N; Itsuka Y; Kimura A; Relationship between area of serosal invasion and prognosis in patients with gastric carcinoma CANCER 60: 136-139 1987.
- 9.- Kurtz RC; Sherlock P; Tumores gástricos; Stein, MEDICINA INTERNA: 2a ed. Barcelona Salvat; 113-118 1987.
- 10.- Larson GM; Gastric carcinoma: A 25 year experience. Am. Surg. 49: 105- 109 1983.
- 11.- Shaeffer LU; The risk of gastric carcinoma after surgical treatment for benign disease. N Engl J Med 309: 1210-1213 1983.
- 12.- Sherlock P; Neoplasmas de estómago; CEDIL Tratado de Medicina Interna; 17a ed; México DF Interamericana Mac Graw Hill; 776-782 1987.
- 13.- Sleisenger NH; Fordtran JS; Enfermedades gastrointestinales; 3a ed; Buenos Aires Panamericana; 690-719 1985.

14.- Tso FL; Eringaze WL; Dauterile AH; Gastric carcinoma in the young; CANCER 99: 1362-1365 1987.

15.- Uribe M; Tumores gástricos; Medicina Interna; 1a ed; México DF Panamericana; 736-742 1989.

16.- Walter CMc; Cyrus ER; Tumores Gástricos. HARRISON. Principios de Medicina Interna; 11a ed.; México DF Interamericana Mc Graw Hill; 1541-1544 1989.

17.- Zilicotto A; Kunzle JE; De Souza A; Evolutive and prognostic aspects in the gastric cancer; CANCER 57: 811-817 1987.