

11209



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO 47

2ej

FACULTAD DE MEDICINA
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
JEFATURA DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION
HOSPITAL GENERAL
CENTRO MEDICO "LA RAZA"

PREVALENCIA DE CANCER GASTRICO
TEMPRANO POR ESTUDIO ENDOSCOPICO
EN EL HOSPITAL CENTRO MEDICO
LA RAZA

TESIS DE POSTGRADO

PARA OBTENER EL GRADO DE
ESPECIALISTA EN CIRUGIA GENERAL
P R E S E N T A

DR. AARON GARCIA ESCAMILLA

ASESOR: DRA. OLGA SILVA RODRIGUEZ

FALLA DE ORIGEN



IMSS

MEXICO, D. F.

ENERO 1995



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 está 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.

Dedico el presente trabajo a :

MIS PADRES

Por el apoyo que me han brindado en la formación tanto profesional como social, orientandome por el camino adecuado cuando fué necesario.

A MI ESPOSA

Por brindarme su amor, cariño y comprensión necesarios, sin lo cual no sería posible el presente logro.

A MI HIJO

Que me impulsa a superarme y, que con su amor y alegría, logra que olvide cansancios y situaciones difíciles.

A MIS HERMANOS

A todos ellos les brindo con mucho cariño el presente trabajo.

Dr. Emilio Escobar Picasso.

Jefe de Enseñanza del Hospital General Centro Médico La Raza.



Dr. Ángel Zardate Aguilar.

Profesor Titular del Curso de la Especialidad en Cirugía General.



Dra. María Graciela Zermeno Gomez.

Profesor Adjunto del Curso de la Especialidad en Cirugía General.



Dra. Olga Silva Rodríguez.

Médico de Base del Servicio de Cirugía General del Hospital General Centro Médico La Raza.
Director de Tesis.

TITULO

**Prevalencia de Cáncer Gástrico
Temprano.**

**Por Estudio Endoscopico en el
Hospital Centro Medico La
Raza.**

Dr. Aarón García Escamilla

Colaboradores

Dr. Jorge García Garduño.

Jefe del Servicio de Endoscopia Adultos
Hospital de Especialidades
Centro Médico la Raza.
Colaborador.

Dra. Judith Isabel Piñon García.

Residente del Tercer Año de Cirugía General
Hospital General Centro Médico La Raza.
Colaborador.

- Un Especial Reconocimiento a los Doctores -

Dr. Sergio Flores Gomez.

Jefe del Servicio de Cirugía General del H.R.Z. 25 IMSS.

Dr. Rodolfo Padilla.

Médico de Base del Servicio de Cirugía General del H.R.Z. 25 IMMS.

Dr. Sergio Ortega Rivera.

Médico de Base del Servicio de Urgencias del H.R.Z. 25 IMMS.

Dr. Jose Pacheco.

Médico de Base del Servicio de Cirugía General del H.G.Z. de Cuernavaca Morelos.

Dr. Angel Zarate Aguilar.

Jefe de Servicio de Cirugía General del Hospital General Centro Médico La Raza.

Dr. Luis Madrazo Lozano

Profesor Adjunto del Curso de Cirugía General del Hospital General Centro Médico La Raza.

Dra. Graciela Zormeno Gomez.

Profesor Adjunto del Curso de Cirugía General del Hospital General Centro Médico la Raza

Dr. David Banderas Jarabay.

Médico de Base del Servicio de Cirugía General del Hospital General Centro Médico La Raza.

Dr. Sergio Cordova Solis.

Médico de Base del Servicio de Cirugía General del Hospital General Centro Médico La Raza.

Dra. Olga Silva Rodriguez.

Médico de Base del Servicio de Cirugía General del Hospital General Centro Médico La Raza.

I N D I C E

1	TITULO	1
2	ANTECEDENTES CIENTIFICOS	2-17
3	OBJETIVOS	18
	GENERAL	
	ESPECIFICOS	
4	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	19
5	HIPOTESIS	20
6	IDENTIFICACION DE VARIABLES.....	21
7	TIPO DE ESTUDIO	22
8	UNIVERSO DE TRABAJO	23
9	CRITERIOS	24
	INCLUSION	
	EXCLUSION	
10	MATERIAL Y METODOS	26
11	METODO	26-27
	ENDOSCOPICO	
	HISTOPATOLOGICO	
12	CONSIDERACIONES ETICAS	28
13	RESULTADOS	29-31
14	CONCLUSIONES	32-33
15	DISCUSION	34-40
16	BIBLIOGRAFIA	41-43

TITULO

**Prevalencia de Cáncer
Gástrico Temprano.**

**Por Estudio Endoscopico en el
Hospital Centro Medico La
Raza.**

ANTECEDENTES CIENTIFICOS

EL ESTOMAGO ES UN ORGANISMO VOLUMINOSO, SUS CAMBIOS EN VOLUMEN PERMITEN, QUE EL TUMOR SE DESARROLLE A LO LARGO DE SU TRAYECTO, ANTES DE QUE DE SINTOMAS CLINICOS EVIDENTES. EL ADENOCARCINOMA ES EL TUMOR MAS IMPORTANTE Y MAS FRECUENTE DEL ESTOMAGO. (1)

EL CANCER GASTRICO INICIALMENTE ES UNA ENFERMEDAD REGIONAL Y POR ELLO INVOLUCRA EL SISTEMA LINFATICO LO QUE TIENE UNA GRAN SIGNIFICANCIA TERAPEUTICA. LA LOCALIZACION DE LAS AREAS LINFATICAS INVOLUCRADAS ES IMPORTANTE PARA EVALUAR EL MANEJO DEL PACIENTE ASI COMO SU PRONOSTICO. (2,3,4,5,1)

EXISTEN 4 ZONAS DE DRENAJE LINFATICO DEL ESTOMAGO Y QUE SE ENCUENTRAN INTIMAMENTE RELACIONADOS CON VASOS QUE IRRIGAN EL ESTOMAGO.

LA PRIMERA ZONA SE ENCUENTRA LOCALIZADA A NIVEL DEL LIGAMENTO GASTROCOLICO, CERCA DE LOS VASOS GASTROEPILOICOS DERECHOS, LOS GANGLIOS LINFATICOS DE ESTA ZONA DRENAN LA REGION DEL PILORO Y LA MITAD DE LA CURVATURA MENOR. AL RESECAR LOS GANGLIOS DE ESTA ZONA EL LIGAMENTO GASTROCOLICO DEBERA SER INCLUIDO EN LA RESECCION POR CANCER EN ESTA AREA DEL ESTOMAGO.

LA SEGUNDA ZONA LA COMPRENDE EL GRUPO PANCREATOLINEAL, DRENA LA MITAD SUPERIOR DE LA CURVATURA MAYOR, LOS CANALES LINFATICOS CELIACOS Y AORTICOS.

LA TERCERA ZONA ESTA COMPUESTA POR GANGLIOS SUPERIORES Y DEL EPIPLON MENOR A LO LARGO DE LA ARTERIA GASTRICA IZQUIERDA, LOS CUALES DRENAN EL AREA DEL CARDIAS Y EL FUNDUS.

LA CUARTA ZONA INCLUYE LINFATICOS SUPRAPILORICOS, LOS CUALES DRENAN EL AREA PILORICA Y LA CURVATURA MENOR DEL ESTOMAGO. (2,3,4,5)

**LA SOCIEDAD JAPONESA DE INVESTIGACION EN CANCER GASTRICO
CLASIFICO LOS LINFATICOS DEL ESTOMAGO EN 4 GRUPOS DE ACUERDO A LA
SITUACION ANATOMICA. (7,4,6,27)**

- GRUPO I - COMPRENDE LOS GANGLIOS PERIGASTRICOS**
- GRUPO II - SE ENCUENTRAN A LO LARGO Y EN LA RAZ DE LOS VASOS
GASTRICOS MAYORES**
- GRUPO III -GRUPO DE LINFATICOS DEL LIGAMENTO HEPATODUODENAL,
DE LA RAZ DE LA ARTERIA MESENTERICA SUPERIOR Y LOS
CERCANOS AL PANCREAS**
- GRUPO IV - LINFATICOS DISTANTES**

LA ESTADIFICACION DEL CANCER GASTRICO ES INDISPENSABLE A FIN DE PODER EVALUAR DE UNA MANERA OBJETIVA LAS CONDICIONES REALES DEL PACIENTE, EL PRONOSTICO Y CONDUCTAS TERAPEUTICAS.

HAN EXISTIDO CORRIENTES PARA ESTADIFICACION; LA QUE SE UTILIZA CON MAYOR FRECUENCIA ES LA ESTABLECIDA POR LA UNION INTERNACIONAL CONTRA EL CANCER, QUE ES COMUNMENTE CONOCIDA COMO ESTADIFICACION TNM; ESTAS SIGLAS SE REFIEREN A T, COMO TUMOR PRIMARIO; N, A GANGLIOS LINFATICOS Y M, A METASTASIS. (6,3)

LA CLASIFICACION TNM PARA EL CANCER GASTRICO QUEDA DE LA SIGUIENTE MANERA:

- T - TUMOR PRIMARIO
- Tx - TUMOR PRIMARIO QUE NO PUEDE SER EVALUADO
- TO - SIN EVIDENCIA DE TUMOR PRIMARIO
- Tis - CARCINOMA IN SITU, TUMOR INTRAEPITELIAL, SIN INVACION DE LA LAMINA PROPIA
- T1 - TUMOR QUE INVADE LAMINA PROPIA O SUBMUCOSA
- T2 - TUMOR QUE INVADE MUSCULARIS PROPIA O SUBSEROSA
- T3 - PENETRA A SEROSA, SIN INVADIR ESTRUCTURAS ADYACENTES
- T4 - INVADE ESTRUCTURAS ADYACENTES
- N - GANGLIOS LINFATICOS REGIONALES
- Nx - LINFATICOS REGIONALES QUE NO PUEDEN SER EVALUADOS
- NO - METASTASIS EN GANGLIO (S) LINFATICOS PERIGASTRICOS DENTRO DE LOS TRES CENTIMETROS A PARTIR DEL BORDE DEL TUMOR PRIMARIO
- N2 - METASTASIS EN GANGLIO (S) LINFATICO (S) PERIGASTRICO (S) A MAS DE TRES CENTIMETROS DEL BORDE DEL TUMOR PRIMARIO, O EN BORDE LINFATICO A LO LARGO DE LA ARTERIA GASTRICA IZQUIERDA. HEPATICA COMUN, ESPLENICA O TRONCO CELIACO

- M** - METASTASIS A DISTANCIA
- Mx** - PRESENCIA DE METASTASIS A DISTANCIA QUE NO PUEDE SER EVALUADA
- MO** - SIN METASTASIS A DISTANCIA
- MI** - CON METASTASIS A DISTANCIA

OTRA ESTADIFICACION ES DE LA SOCIEDAD JAPONESA DE INVESTIGACION EN CANCER. EN ESTE TIPO SE TOMA EN CUENTA LAS METASTASIS PERITONEALES (P); LAS METASTASIS HEPATICAS (H); LAS METASTASIS A GANGLIOS LINFATICOS (N); Y EL COMPROMISO DE LA SEROSA (S). (8,16)

SUS CARACTERISTICAS SON LAS SIGUIENTES:

- PO** SIN COMPROMISO PERITONEAL
- PI** COMPROMISO DE PERITONEO ADYACENTE
- HO** SIN METASTASIS HEPATICAS
- HI** METASTASIS HEPATICAS
- NO** SIN COMPROMISO GANGLIONAR
- NI** COMPROMISO DE GANGLIOS PERIGASTRICOS
- N2** GANGLIOS DEL TRONCO CELIACO
- N3** GANGLIOS DEL LIGAMENTO HEPATODUODENAL, RETROPANCREATICOS
- N4** COMPROMISOS DE GANGLIOS MESENTERICOS Y PARAAORTICOS
- SO** SIN INVOLUCRAR SEROSA
- S1** SOSPECHA DE SEROSA INVOLUCRADA
- S2** COMPROMISO DE SEROSA
- S3** INVOLUCRA OTROS ORGANOS

EN BASE A ESTOS DATOS LOS ESTADIOS QUEDAN DE LA SIGUIENTE
MANERA: (9,5)

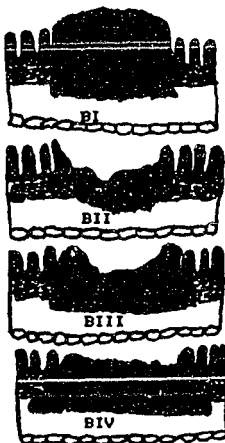
AGRUPAMIENTO POR ESTADIOS

PHNS

ESTADIO	I	PO	HO	NO	SO
ESTADIO	II	PO	HO	NI	SI
		PO	HO	N2	S1
ESTADIO	III	PO	HO	N3	S2
ESTADIO	IV	PI	NI	N4	S3

LA CLASIFICACION DE BORRMAN, EXISTE DESDE LA PRIMERA MITAD DEL SIGLO XIX, NO FUE DEL TODO SATISFACTORIA DEBIDO A LA GRAN VARIACION DE LAS CARACTERISTICAS MORFOLOGICAS Y MACROSCOPICAS DE LOS TUMORES GASTRICOS, COMO RESULTADO A ESTO SE DESARROLLO EN E.U.A., UNA CLASIFICACION MAS SIMPLE, SE TIFICO LA LESION MACROSCOPICA COMO FUNGOSA, ULCERADA E INFILTRANTE DIFUSA. (10,11,15)

- BORRMAN I** : CARCINOMA DE TIPO FUNGOSO
BORRMAN II : ULCERA CARCINOMATOSA SIN INFILTRACION DE MUCOSA CIRCUNDANTE
BORRMAN III : ULCERA CARCINOMATOSA CON INFILTRACION DE MUCOSA CIRCUNDANTE
BORRMAN IV : CARCINOMA DIFUSO INFILTRANTE



REFERENCIA (6)

FALLA DE ORIGEN

LOS CARCINOMAS FUNGOSOS EXOFITICOS SON LOS MENOS COMUNES Y ABARCAN APROXIMADAMENTE UN 10% DE LOS TUMORES GASTRICOS, SON LOS QUE TIENEN UN MEJOR PRONOSTICO DESPUES DE LA CIRUGIA RADICAL.

EL TIPO ULCERATIVO COMPRENDE CERCA DEL 50% DE LOS TUMORES GASTRICOS, Y SU PRONOSTICO ES INTERMEDIO ENTRE LAS OTRAS DOS VARIEDADES. LOS TUMORES INFILTRANTES COMPRENDEN APROXIMADAMENTE EL 40% DE LOS TUMORES GASTRICOS, TIENDEN A INVOLUCRAR GRANDES AREAS DEL ESTOMAGO SIN QUE LA MUCOSA SEA ULCERADA EN FORMA EXTENSA; ESTOS TIENEN EL PEOR PRONOSTICO.(4)

EL TIPO DIFUSO SE DIVIDE EN LESIONES DE EXTENSION SUPERFICIAL Y EL TIPO LINITIS PLASTICA. LAS LESIONES DE EXTENSION SUPERFICIAL COMPRENDEN CERCA DEL 6% DEL LOS CARCINOMAS DEL ESTOMAGO; SIN EMBARGO A PESAR DE LA CLASIFICACION SUPERFICIAL CERCA DE LA MITAD DE ESTOS TUMORES TIENEN METASTASIS A GANGLIOS PERIGASTRICOS AL MOMENTO DE LA CIRUGIA.

OTROS TUMORES COMO LA LINITIS PLASTICA SE CARACTERIZA POR INFILTRACION EXTENSA DE LAS CAPAS DE LA SUBMUCOSA Y MUSCULAR CON UNA MARCADA REACCION FIBROBLASTICA ALREDEDOR DE LAS CELULAS TUMORALES. (11,1,4,5,12,16,20)

EL TUMOR INFILTRANTE DIFUSO INVOLUCRA TODAS LAS CAPAS DEL ESTOMAGO, PUEDE EXISTIR O NO LA ULCERACION; EL TUMOR SE EXTIENDE EN TODAS DIRECCIONES, Y EN LA MAYORIA DE LOS CASOS MAS ALLA DE LOS MARGENES PALPABLES O VISIBLES DEL TUMOR, PUEDE INVOLUCRAR HIGADO, COLON TRANSVERSO, PANCREAS. DIAFRAGMA. HILEO ESPLENICO; PUEDE ADEMAS DAR METASTASIS A DUODENO HASTA EN UN 25% DE LOS CASOS.(1,3,4,6,20)

LAUREN'S SUBDIVIDE HISTOLOGICAMENTE EN DOS TIPOS EL CARCINOMA GASTRICO DE ACUERDO A SU COMPORTAMIENTO BIOLOGICO:

A) EL CARCINOMA GASTRICO DIFUSO UN 33% IMPLICA UN DESARROLLO EXTENSO EN LA PARED GASTRICA.

B) EL TIPO INTESTINAL 53%, SE REFIERE AL ORIGEN DEL TEJIDO GLANDULAR SEMEJANTE AL DEL INTESTINO. EL TIPO DIFUSO CRECE COMO UNA INFILTRACION SIN NINGUN LIMITE BIEN ESTABLECIDO Y AFECTA CON MAS FRECUENCIA A PACIENTES JOVENES; EL TIPO INTESTINAL MUESTRA UNA EXPANSION EVOLUTIVA Y AFECTA A PACIENTES DE MAS EDAD (12,1)

LA CLASIFICACION DE MING, ESTA BASADA EN LOS PATRONES DEL CRECIMIENTO DEL TUMOR E INVASION; LOS DIVIDE EN EXPANSIVO E INFILTRATIVO. EL CARCINOMA EXPANSIVO CRECE POR EXPANSION A LOS LINFATICOS O EL TUMOR EN MASA CON UNA FORMA DEFINIDA DE COMPRESION AL TEJIDO VECINO EN UNA FRECUENCIA DE 63%. EL CARCINOMA INFILTRATIVO MUESTRA INFILTRACION POR CELULAS INDIVIDUALES O PEQUEÑAS GLANDULAS Y SU FRECUENCIA ES DE 33%. AMBOS TIPOS VARIAN EN EL GRADO Y DIFERENCIACION DE CELULAS. (6)

APROXIMADAMENTE EL 50% DE LOS CANCERES GASTRICOS OCUPAN LOS SEGMENTOS ANTRAL Y PILORICO, EL 20% AFECTA LA CURVATURA MENOR; EL 5% LA CURVATURA MAYOR, EL 5% EL FONDO, EL 10% EL AREA CARDIAL Y EL 10% ES DIFUSO. (13,14,1,2,3,4,5, 12,15,20)

HENDRICKS, MENCIONA QUE EL 50% SE UBICA EN LA REGION DEL ANTRO, 20% EN EL CUERPO, 10% EN EL FUNDUS Y AREA CARDIAL DEJANDO UN 10% PARA FORMAS MULTIFOCALES Y UN 10% PARA FORMAS DIFUSAS. (17)

MEYERS EN UN ESTUDIO RETROSPECTIVO SOBRE ADENOCARCINOMA GASTRICO ENCONTRO QUE EL NUMERO DE TUMORES DE LAS REGIONES DEL CARDIAS Y DEL FUNDUS SE INCREMENTO EN LAS ULTIMAS 4 DECADAS DE UN 21 A UN 44%, LO CUAL SE ACOMPAÑO DE UN INCREMENTO EN EL NUMERO DE TUMORES DE LA REGION ANTRAL DE UN 33 A 60% (15,1,2,3,4,5,6,10,14)

LAS CARACTERISTICAS CLINICAS DEPENDEN DEL TIEMPO DE EVOLUCION, LA EDAD DEL PACIENTE, LA SITUACION, EXTENSION Y TIPO DE TUMOR. (5,11,13)

LOS SINTOMAS EN LOS ESTADIOS TEMPRANOS DEL CANCER GASTRICOS SON MUY VAGOS Y EXISTE TENDENCIA POR PARTE DEL PACIENTE Y DEL MEDICO A NO DARLE IMPORTANCIA, POR EJEMPLO MALESTAR EPIGASTRICO, DISPEPSIA, ERUCTOS, SON EN LA MAYORIA DE LOS CASOS INTERPRETADOS COMO MANIFESTACIONES DE PATOLOGIA FUNCIONAL Y NO ORGANICA. (12,13)

DE HECHO EN SU ETAPA INICIAL LAS NEOPLASIAS DEL ESTOMAGO DAN POCAS MANIFESTACIONES CLINICAS, SI SE ENCUENTRAN UBICADAS A LA ENTRADA O SALIDA DEL ESTOMAGO PUEDEN DAR ORIGEN A MANIFESTACIONES DISPEPTICAS LEVES ANTES DE DAR SINTOMAS DE OBSTRUCCION. LOS QUE SE ENCUENTRAN EN EL CUERPO PUEDEN DAR MANIFESTACIONES INESPECIFICAS COMO DISPEPSIA O MALESTAR EPIGASTRICO. EL TUMOR POLIPOIDEO CON PEDICULO QUE SE ORIGINA EN LA CURVATURA MAYOR PUEDE ALCANZAR UN GRAN VOLUMEN ANTES DE DAR MANIFESTACIONES DE HEMORRAGIA U OBSTRUCCION. (6,12,12,20)

EXISTE OTRO TIPO QUE PUEDE APARENTAR UNA ULCERA GASTRICA CRONICA DURANTE MUCHOS MESES, PUEDE DAR MANIFESTACIONES CLASICAS DE ENFERMEDAD ACIDO PEPTICA Y TENER UNA RESPUESTA SORPRENDENTE AL MANEJO MEDICO, CON DESAPARICION DE LA SINTOMATOLOGIA Y DATOS RADIOLOGICOS DE CICATRIZACION, ADEMAS DE AUSENCIA DE SANGRE EN HECEAS SIN EMBARGO EN ESTE TIPO DE NEOPLASIA ULCERADA LA REVELACION DE SU VERDADERO CARACTER MALIGNO ES SOLO CUESTION DE TIEMPO. (1,6,7,8,10,11,13,15,16,20)

DESGRACIADAMENTE NO EXISTEN SIGNOS PATOGNOMONICOS DE CANCER GASTRICO EN ESTADIOS TEMPRANOS. AUNQUE PUEDE EXISTIR DOCENAS DE TRIADAS Y SINDROMES; SIN EMBARGO TODAS ELLAS CORRESPONDE A ETAPAS MUY AVANZADAS DE LA ENFERMEDAD, MOMENTO EN

QUE EL PACIENTE SE ENCUENTRA YA EN ETAPA DE INOPERABILIDAD.
(6,10,12,13,15)

ESTAS CARACTERISTICAS TAN INESPECIFICAS DE LAS MANIFESTACIONES CLINICAS INICIALES DE LA MAYORIA DE LAS NEOPLASIAS ES CAUSA DE DIAGNOSTICO TARDIO.

LAS MANIFESTACIONES MAS FRECUENTES DE NEOPLASIA GASTRICA Y CUYO ORDEN DE FRECUENCIA VARIA DE ACUERDO CON LA SERIE DE AUTORES SON LAS SIGUIENTES: DOLOR EPIGASTRICO, DISPEPSIA, ANOREXIA, PERDIDA DE PESO, HEMATEMESIS, ANEMIA, MELENA, DISFAGIA, MASA ABDOMINAL, DIARREA, ESTEATORREA, ADENOMEGALIAS. (16,5,11,12)

EL CANCER GASTRICO EN ETAPAS TEMPRANAS SE CARACTERIZA PORQUE LA INVASION DE LAS CELULAS TUMORALES SE LIMITA A LA MUCOSA Y SUBMUCOSA, AUNQUE PUEDE EXISTIR AFECCION LINFATICA REGIONAL. TANTO LOS TUMORES DE TIPO EXPANSIVO, COMO LOS DE TIPO INFILTRATIVO PUEDEN SER VISTOS COMO CANCER GASTRICO TEMPRANO, LOS CUALES MUESTRAN GRADOS VARIABLES DE DIFERENCIACION CELULAR, ASI COMO DIFERENTES PATRONES DE SECRECION DE MOCO. (17) LA IMPORTANCIA DEL CANCER GASTRICO RADICA EN QUE DIAGNOSTICADO EN FORMA TEMPRANA, ES CURABLE RESECANDOSE DE MANERA AMPLIA Y ADECUADA, CUALQUIER SINTOMA GASTRICO PERSISTENTE DE INSTALACION RECIENTE, DOLOR, PERDIDA DE PESO, NAUSEA, VOMITO, PLENITUD, FIROSIS, LLENURA, DISFAGIA, HEMORRAGIA, MELENA, PUEDEN SER EL INDICIO DE LA ENFERMEDAD.(15,6,12,13)

EN RELACION CON EL SEXO PREDOMINA EL MASCULINO (56%) LA MAYORIA ENTRE LA QUINTA Y LA SEPTIMA DECADA DE LA VIDA, SIENDO EL MAS ALTO PORCENTAJE EN LA SEXTA DECADA, PREDOMINANDO LA RAZA NEGRA. (18,6)

EN RELACION CON EL GRUPO SANGUINEO TIPO "O", ES EL PREDOMINANTE EN LOS INDIGENAS ENTRE EL 80%, DE ACUERDO A LA PUREZA

DE LA RAZA. LA HERENCIA DEL CARCINOMA GASTRICO SOLO TIENE RELACION CON EL CARCINOMA TIPO DIFUSO. (18,19)

LA DIETA ES UNO DE LOS PROBLEMAS QUE INTERESA AL MEDICO, ASI QUE SE HA INVESTIGADO EL PAPEL DE LOS CARBOHIDRATOS, PROTEINAS, GRASAS, OLIGOELEMENTOS Y ADITIVOS EN LOS ALIMENTOS INDUSTRIALIZADOS, OBSERVANDOSE QUE EL APORTE DE GRASAS, PROTEINAS Y CARBOHIDRATOS REFINADOS, QUE SEGUN ALGUNOS AUTORES, IMPLICA VARIACIONES EN LA FLORA INTESTINAL, HECHO QUE DA LUGAR A DEGRADACION INCOMPLETA DE ACIDOS BILIARES, QUEDANDO ALGUNOS DE ELLOS EN ETAPAS QUE PUEDEN SER CANCERIGENOS. (20,6,11,15,22)

EN 1962, LA SOCIEDAD JAPONESA DE ENDOSCOPIA GASTROENTEROLOGICA DEFINIO AL CANCER GASTRICO TEMPRANO "LESION CONFINADA A LA MUCOSA O SUBMUCOSA CON O SIN METASTASIS MODULAR".

EL CANCER GASTRICO TEMPRANO ES CUANDO EL CARCINOMA SE LIMITA A LA MUCOSA Y SUBMUCOSA. SIN INVADIR LA CAPA MUSCULAR. DE ACUERDO CON LA CLASIFICACION JAPONESA, EL CANCER TEMPRANO DEL ESTOMAGO SE PUEDE DIVIDIR EN TRES TIPOS: (1,6,8)

- TIPO I : PROMINENTE: PROTUSION DENTRE DEL LUMEN GASTRICO
- TIPO II: SUPERFICIAL: LA SUPERFICIE ES POCO DESIGUAL Y SE SUBDIVIDE EN TRES TIPOS:
 - TIPO IIa: ELEVADO: LA SUPERFICIE ES UN POCO ELEVADA
 - TIPO IIb: PLANO: DIFICILMENTE SE PUEDE NOTAR ALGUNA ELEVACION O DEPRESION DESDE LA MUCOSA CIRCUNDANTE
 - TIPO IIc: DEPRIMIDO: SUPERFICIE LIGERAMENTE DEPRIMIDA
- TIPO III: EXCAVADO: MARCADA EXCAVACION DE LA PARED GASTRICA

EN LOS ESTADOS UNIDOS SE INCREMENTA ANUALMENTE 25.000 NUEVOS CASOS DE CARCINOMA GASTRICO Y MAS DEL 50% SE DIAGNOSTICA EN ETAPAS AVANZADAS. DE IMPORTANCIA YA QUE EN ETAPAS TEMPRANAS AUMENTA LA

SOBREVIDA A 5 AÑOS EN UN 90 A 95%. LA PREVALENCIA DE ENFERMEDADES PRECANCERIGENAS COMO GASTRITIS CRONICA ATROFICA. METAPLASIA INTESTINAL Y ULCERA GASTRICA INCREMENTA EL RIESGO A UN 18% DE PRESENTAR CANCER A LOS 10 AÑOS A UN 8.7% EN EL GRUPO DE EDADES DE 50 A 54 AÑOS. (23,1,6,9,12,14,21)

EN EL PRIMER INFORME DEL GRUPO DE ESTUDIO DE CANCER DEL APARATO DIGESTIVO PRESENTADO EN LA SESION ORDINARIA DE LA ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA, CELEBRADO EL 4 DE OCTUBRE DE 1978, SE ESTUDIARON 396 EXPEDIENTES DE ENFERMOS QUE SE INTERNARON EN DIFERENTES CENTROS HOSPITALARIOS INCLUYENDO NUESTRA INSTITUCION EN LA CIUDAD DE MEXICO Y ALGUNOS ESTADOS DE LA REPUBLICA MEXICANA, DEMOSTRANDO QUE DE TODOS LOS CANCERES DEL APARATO DIGESTIVO EL CANCER GASTRICO FUE EL MAS FRECUENTE CON 158 CASOS, INTERVIENIENDOSE QUIRURGICAMENTE A 88, Y DE CIRUGIA RADICAL A 33, DE LOS CUALES 24 FUERON EGRESADOS SIN ACTIVIDAD TUMORAL LO QUE REPRESENTA EL 72.72% DE ELLOS, PERO SOLO DIAGNOSTICADOS DEL TOTAL DE CASOS 15.18% LO QUE INDICA QUE EL DIAGNOSTICO DE CANCER GASTRICO ES TARDIO Y QUE LA MAYORIA DE LOS ENFERMOS LLEGAN A LAS INSTITUCIONES CON NEOPLASIAS MUY AVANZADAS QUE IMPIDEN UN TRATAMIENTO OPORTUNO (25,20)

EN 6 AÑOS DE ESTUDIO QUE COMPRENDE DE 1978 A 1983, EN EL SEXTO INFORME DE EL GRUPO DE ESTUDIO DE CANCER DEL APARATO DIGESTIVO, EL CARCINOMA DE ESTOMAGO PERMANECIO OCUPANDO EL PRIMER LUGAR EN LAS INSTITUCIONES POR ORDEN DE FRECUENCIA, HOSPITAL GENERAL DE SSA; HOSPITAL MILITAR; INSTITUTO NACIONAL DE LA NUTRICION; HOSPITAL JUAREZ DE LA SSA; HOSPITAL "20 DE NOVIEMBRE" ISSSTE, RECALCANDO QUE EN ESTA ULTIMA INSTITUCION, HASTA UN AÑO ANTES EL CARCINOMA COLO-RECTAL OCUPABA EL PRIMER LUGAR Y EN ESTE ULTIMO AÑO, EN LA SUMA DE 6 AÑOS ES EL PRIMERO EN QUE EL CARCINOMA DE ESTOMAGO PASA A OCUPAR EL PRIMER LUGAR. EN ESTE INFORME SE HABIAN ESTUDIADO 2960 CASOS, DE CANCER DEL

TUBO DIGESTIVO, SIENDO EL CANCER GASTRICO EL MAS FRECUENTE EN EL DISTRITO FEDERAL Y ALGUNOS ESTADOS DE LA REPUBLICA, ATRIBUYENDOSE INCREMENTO DE ENFERMOS DE POBRE NIVEL ECONOMICO Y PREDOMINANDO EL ADENOCARCINOMA RELACIONANDOSE CON EL CONSUMO DE ALCOHOL MAS ACENTUADO EN INGESTA DE BEBIDAS FERMENTADAS, TABACO Y CAFE. (23,24,25)

PARA EL SEPTIMO INFORME, SE PRESENTARON RESULTADOS OBTENIDOS DE 3074 CASOS DE CARCINOMA DEL APARATO DIGESTIVO DE CINCO INSTITUCIONES EN EL D.F., MANTENIENDOSE EL CANCER GASTRICO EN EL PRIMER LUGAR ENTRE 32 Y 58%.

LA MAYOR INCIDENCIA DE MORTALIDAD POR CANCER GASTRICO A NIVEL MUNDIAL LA OCUPA JAPON, Y EN NUESTRO PAIS EN LOS AÑOS DE 1965 Y 1982, OCUPÓ EL QUINTO LUGAR COMO CAUSA DE DEFUNCIÓN 41 POR CADA 100,000 HABITANTES Y EN PACIENTES MAYORES DE 60 AÑOS OCUPÓ EL QUINTO LUGAR COMO CAUSA DE MUERTE SEGUN ESTADISTICA Y GEOGRAFIA DE LA SECRETARIA DE PROGRAMACION Y PRESUPUESTO. LA TENDENCIA DE LA MORTALIDAD POR CANCER GASTRICO A NIVEL MUNDIAL ES ASCENDENTE. CON UN AUMENTO DE MAS DEL 25% PUES LA TASA DE INCREMENTO DE 1967 A 1983 ES DE 9 A 12% POR CADA 100,000 HABITANTES. (26)

EN EL CENTRO MEDICO LA RAZA DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, EL CANCER GASTRICO TIENE UNA FRECUENCIA GLOBAL DE 37.95%, EN ESPECIMENES. Y DE 18.9% EN EL MATERIAL DE NECROPSIA, CONSIDERANDO LAS NEOPLASIAS DEL APARATO DIGESTIVO EXCLUSIVAMENTE (7,9,13)

CON EL DESARROLLO DEL FIBROSCOPIO FLEXIBLE SE LOGRO UNO DE LOS MAYORES AVANCES EN EL DIAGNOSTICO DE CANCER GASTRICO. YA QUE LA TOMA DE BIOPSIA Y CITOLOGIA A TRAVES DEL ENDOSCOPIO EN LESIONES VISIBLES NOS MUESTRA UN MARGEN DE POSITIVIDAD ALREDEDOR DEL 94%. (27,1,5,6,7,10,12,13,17,18,19,20,20)

CON EL ADVENIMIENTO DE ESTUDIOS SOFISTICADOS COMO EL PANENDOSCOPIO Y ESPECTROFOTOMETRO (PARA ANALISIS DE COLOR DE LA MUCOSA GASTRICA), HECHO QUE LOGRA EL PERFECCIONAMIENTO EN EL DIAGNOSTICO HISTOLOGICO OPORTUNO, EL TRATAMIENTO ADECUADO Y EL PRONOSTICO. (28,8,19,20)

EL ESTUDIO CITOLOGICO DE UNA LESION FUE INTRODUCIDO POR KAMEYA EN 1964, DESDE ENTONCES LA BIOPSIA Y LA CITOLOGIA TRANSENDOSCOPICA SON ESTUDIOS QUE SE COMPLEMENTAN Y PERMITEN HACER EL DIAGNOSTICO HASTA UN 98% DE LOS ENFERMOS.

SE HAN ANALIZADO ESTUDIOS CLINICO PATOLOGICOS, TRATANDO DE CLASIFICAR ALTERACIONES EN RELACION A LAS METASTASIS A GANGLIOS LINFATICOS REGIONALES EN EL ESTOMAGO, OBSERVANDOSE MAYOR INVASION METASTASICA EN EL TIPO PROTUBERANTE, ESTO PROVEE DE ALGUNA INFORMACION EN LA ACTIVIDAD BIOLOGICA DE LA LESION, LA ENDOSCOPIA PREOPERATORIA SEGUIDA DE LA DETERMINACION DEL TIPO PROTUBERANTE ES DE VITAL IMPORTANCIA PARA ELEGIR UNA PLANEACION QUIRURGICA EN CADA CASO PARTICULAR. (6,10,12,13,15,16,20,23)

PARA FACILITAR SU DETECCION ENDOSCOPICA EL CANCER GASTRICO HA SIDO CLASIFICADO EN TRES TIPOS MACROSCOPICOS: a) PROMINENTE O TIPO I, b) SUPERFICIAL O TIPO II, c) EXCAVADO O TIPO III. EL TIPO II ES LA LESION QUE SE OBSERVA CON MAYOR FRECUENCIA. EL CARCINOMA GASTRICO TEMPRANO SE LOCALIZA EN EL CUERPO GASTRICO Y APROXIMADAMENTE UN 10% DE LOS CASOS SON LESIONES MULTICENTRICAS. TIENEN UN PRONOSTICO EXCELENTE, CON EL TRATAMIENTO QUIRURGICO LA SOBREVIDA A LOS 5 AÑOS SOBREPASA EL 90%. (2,3,4,6,7,14,15,20)

PARA LA DETECCION DE CANCER GASTRICO TEMPRANO DEBE HACERSE VIGILANCIA ENDOSCOPICA A LOS ENFERMOS QUE REUNAN ALGUNA DE LAS SIGUIENTES CARACTERISTICAS: a) PACIENTES CON CIRUGIA GASTRICA PREVIA TANTO POR PATOLOGIA BENIGNA COMO POR CANCER GASTRICO Y A PARTIR DE

LOS 10 AÑOS DE LA INTERVENCIÓN. b) TODOS AQUELLOS ENFERMOS EN LOS QUE UNA BIOPSIA GÁSTRICA SE ENCUENTREN ALTERACIONES HISTOPATOLÓGICAS RELACIONADAS CON CÁNCER GÁSTRICO COMO SON GASTRITIS ATROFICA, ASOCIADA O NO ANEMIA PERNICIOSA, METAPLASIA INTESTINAL, DISPLASIA DE BAJO GRADO Y POLIPOS ADENOMATOSO Y c) PACIENTES DISPEPTICOS MAYORES DE 40 AÑOS, SÍNDROME DE PEUTZ JEGHERS Y PROBLEMAS DE INMUNODEFICIENCIA, COMO SIDA, LEUCEMIA, ETC. (28,1,5,6,8,13,14,17,19)

EN ESTUDIOS REALIZADOS EN JAPÓN Y ALEMANIA LA TOMA DE BIOPSIA ENDOSCÓPICA SE REALIZÓ PARA FINES DE DIAGNÓSTICO Y PRONÓSTICO, EN PACIENTES CON ÚLCERA GÁSTRICA ACTIVA PRACTICÁNDOSE CADA CUATRO MESES, YA QUE EL CÁNCER GÁSTRICO EN SUS ETAPAS INICIALES TIENE UNA APARIENCIA DE ÚLCERA BENIGNA, Y EN LOS PACIENTES CON ANTECEDENTES DE RESECCIÓN GÁSTRICA POR CÁNCER EN EL 84%. (1,5,6,13,20)

DOS ESTUDIOS SIGNIFICATIVOS EN EL DIAGNÓSTICO PRECOZ DE CÁNCER GÁSTRICO SON LA ENDOSCOPIA Y ULTRASONOGRAFÍA ENDOSCÓPICA.

LA ENDOSCOPIA CREA UN GRAN INTERÉS EN AÑOS RECIENTES PORQUE DELIMITA LA EXTENSIÓN DEL TUMOR. (10)

ASÍ COMO TAMBIÉN ES DE UTILIDAD EL ULTRASONIDO ENDOSCÓPICO PORQUE PERMITE ESTUDIAR LA PROFUNDIDAD DEL CÁNCER GÁSTRICO Y DETECTAR CÁNCERES MENORES DE TRES CENTÍMETROS. SE UTILIZA TÉCNICA ENDOSCÓPICA DE DOS CANALES, LO QUE PERMITE UNA VISTA ENDOSCÓPICA ANTERIOR Y OBLICUA DE LA PARED GÁSTRICA. ADEMÁS DE LA DETECCIÓN DE LOS GANGLIOS AFECTADOS. ADEMÁS POR ENDOSCOPIA SE PUEDE OFRECER TRATAMIENTO CON IRRADIACIÓN Y RESECCIÓN CON RAYO LASER DE LA MUCOSA GÁSTRICA (RMGE). A TRAVÉS DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO SE TIENE POSIBILIDAD CURATIVA DEL CÁNCER GÁSTRICO EN ESTADIOS TEMPRANOS, Y MEJOR CALIDAD DE VIDA, CON SOBREVIVENCIA A 5 AÑOS EN CÁNCERES CON ETAPA II EN ADELANTE REALIZANDO GASTRECTOMÍA AMPLIADA RADICAL. (18)

DESAFORTUNADAMENTE EN NUESTRO MEDIO, PRACTICAMENTE LOS PACIENTES SE ENCUENTRAN EN ESTADIOS MUY AVANZADOS Y SON CONTADOS LOS CASOS QUE SE HAN IDENTIFICADO EN ETAPAS TEMPRANAS, UNA VEZ IDENTIFICADA, SE REALIZARA CIRUGIA RADICAL AUNQUE EXISTEN CORRIENTES QUE ABOGAN POR AÑADIR A ESTE MANEJO QUIRURGICO LA QUIMIOTERAPIA, LO QUE ES MOTIVO DE CONTROVERSA. (6,10,12,13,15,20)

DE ACUERDO A LAS PREMISAS QUE SE MENCIONAN ENSEGUIDA, SE PUEDE VALORAR LA CONDUCTA QUIRURGICA, YA QUE AUNQUE CONTRAINDICAN LA DECISION DE OPERAR; NO CONTRAINDICAN LA REALIZACION DE CIRUGIA PALEATIVA EN CASOS SELECCIONADOS.

- **PALPACION DE TUMORES A NIVEL RECTAL O VAGINAL**
- **GANGLIO DE VIRCHOW EN EL CUELLO, CUANDO ES DE CONSISTENCIA PETREA, ESTA AUMENTADO DE TAMAÑO Y ES ADHERENTE A LAS ESTRUCTURAS ADYACENTES.**
- **MODULACIONES MALIGNAS EN LA CICATRIZ UMBILICAL**
- **PRESENCIA DE ASCITIS**
- **IMPLANTES DE METASTASIS EN HIGADO**
- **EVIDENCIA POR ESTUDIO DE GABINETE, CON COMPROMISO EXTENSO DE ESTOMAGO POR UN TUMOR ULCERADO Y DE AMPLIA FIJACION A ESTRUCTURAS CIRCUNDANTES.**

DENTRO DE LOS PROCEDIMIENTOS PALIATIVOS PARA EL CANCER GASTRICO TENEMOS: GASTROSTOMIA, YEYUNOSTOMIA, GASTROYEYUNO ANASTOMOSIS O BIEN RESECCION SUBTOTAL DE ESTOMAGO. (15,20)

OBJETIVO GENERAL

**DETERMINAR LA INCIDENCIA DE CANCER GASTRICO TEMPRANO POR ESTUDIO
ENDOSCOPICO EN UN HOSPITAL DE CONCENTRACION**

OBJETIVOS ESPECIFICOS

**IDENTIFICAR LOS SINTOMAS Y SIGNOS PREDOMINANTES EN ETAPAS INICIALES
DE CANCER GASTRICO**

**IDENTIFICAR LOS FACTORES DE RIESGO DEL INDIVIDUO PARA CANCER
GASTRICO**

ESTABLECER LA EDAD DE MAYOR INCIDENCIA

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿ CUAL FUE LA INCIDENCIA DE CANCER GASTRICO TEMPRANO DIAGNOSTICADO POR ENDOSCOPIA EN EL CENTRO MEDICO LA RAZA?

¿ EL CANCER GASTRICO PRESENTA SINTOMAS Y SIGNOS EN ETAPAS INICIALES?

¿ CUALES SON LOS SINTOMAS Y SIGNOS PREDOMINANTES EN ETAPAS INICIALES DEL CANCER GASTRICO?

¿ QUE FACTORES DE RIESGO PREDISPONEN A LA APARICION DE CANCER GASTRICO?

¿ CUAL ES LA EDAD DE MAYOR INCIDENCIA?

HIPOTESIS

NO REQUIERE POR TRATARSE DE UN ESTUDIO EPIDEMIOLOGICO

IDENTIFICACION DE VARIABLES

VARIABLE DEPENDIENTE

DEFINIR QUE ES EL CANCER GASTRICO INFORME HISTOPATOLOGICO

VARIABLES INDEPENDIENTES

EDAD

SEXO

SINTOMAS Y SIGNOS

FACTORES DE RIESGO

TIEMPO DE EVOLUCION DE LA PATOLOGIA

TIPO DE ESTUDIO

OBSERVACIONAL

PROSPECTIVO

LONGITUDINAL

CLINICO EPIDEMIOLOGICO

UNIVERSO DE TRABAJO

EN UN LAPSO DE 18 MESES SE ESTUDIO A TODO PACIENTE MAYOR DE 17 AÑOS, SEXO FEMENINO Y MASCULINO, QUE ACUDIO AL SERVICIO DE ENDOSCOPIA PARA REALIZARSE ESTUDIO ENDOSCOPICO ESOFAGO GASTRICO, SE TOMO BIOPSIAS DE LAS LESIONES Y SE ENVIARON PARA ESTUDIO HISTOPATOLOGICO, NO IMPORTANDO LA UNIDAD HOSPITALARIA DE LA ZONA NORTE, DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.

CRITERIOS DE INCLUSION

A TODO PACIENTE ADULTO. SEXO FEMENINO O MASCULINO, SIN IMPORTAR LA EDAD, QUE AMERITO ESTUDIO ENDOSCOPICO PARA ESTUDIO CLINICO CON SINTOMATOLOGIA ACIDO-PEPTICA.

PACIENTES CON SOSPECHA CLINICA DE CANCER GASTRICO

PACIENTES QUE TUVIERON TUMORACION PALPABLE

PACIENTES QUE TUVIERON ESTADIOS TEMPRANOS DE CANCER GASTRICO

CRITERIOS DE EXCLUSION

PACIENTES A LOS QUE LES REALIZO ESTUDIO ENDOSCOPICO Y QUE NO SE LES TOMO BIOPSIA GASTRICA

MATERIAL Y METODOS

EL ESTUDIO SE REALIZO EN EL SERVICIO DE ENDOSCOPIA ADULTOS, DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CENTRO MEDICO LA RAZA CON MATERIAL Y RECURSOS DEL MISMO SERVICIO.

EL ESTUDIO HISTOPATOLOGICO SE REALIZO, EN EL SERVICIO DE HISTOPATOLOGIA DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DEL CENTRO MEDICO LA RAZA.

POR UN LAPSO DE 18 MESES, SE ESTUDIARON A PACIENTES MAYORES DE 17 AÑOS, SEXO MASCULINO O FEMENINO, CON SINTOMATOLOGIA DE ENFERMEDAD ACIDO PEPTICA, QUE FUERON ENVIADOS A ESTUDIO ENDOSCOPICO, SE LES TOMO BIOPSIA Y CITOLOGIA GASTRICA PARA ESTUDIO HISTOPATOLOGICO TRATANDO DE IDENTIFICAR LA EXISTENCIA DE CELULAS MALIGNAS. A TODOS LOS PACIENTES SE LES REALIZO UN CUESTIONARIO PARA CONOCER LA EPIDEMIOLOGIA DEL CANCER GASTRICO, YA PREVIAMENTE DISEÑADO DE LA SIGUIENTE FORMA: NOMBRE, EDAD, PESO, TALLA, No, CED; SEXO, CLINICA DE PROCEDENCIA, HOSPITALIZADO, CAMA, SERVICIO, MEDICO TRATANTE, DOMICILIO, TELEFONO, FECHA, ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES DE CANCER GASTRICO, OTRO TIPO DE NEOPLASIA, GASTRITIS, DIABETES MELLITUS, HIPERTENSION ARTERIAL SISTEMICA, ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLOGICOS, OFICIO, TABAQUISMO, ALCOHOLISMO (TIPO DE BEBIDA Y TIEMPO DE INGERIRLA), OTRAS TOXICOMANIAS. GRUPO Y RH, ALIMENTACION, HORARIO EN RELACION A SU INGESTA, ENLATADOS, OTROS ALIMENTOS Y SAL, CARNE Y PESCADO. SINTOMATOLOGIA, TIEMPO DE EVOLUCION, DOLOR EN EPIGASTRIO, HORARIO INTENSIDAD, TIPO, EXACERVACIONES Y CON QUE DURACION. PLENITUD GASTRICA, PIROSIS, NAUSEA, VOMITO, ANOREXIA, HEMATEMESIS MELENA. INGESTA DE MEDICAMENTOS TIPO Y TIEMPO, ESTUDIOS REALIZADOS Y CUALES, HALLAZGOS ENDOSCOPIOS Y RESULTADOS DE BIOPSIA, SOSPECHA DE DIAGNOSTICO PREVIO AL ESTUDIO. ANOTACIONES DE IMPORTANCIA NO ESPECIFICADAS.

METODO ENDOSCOPICO

PROCEDIMIENTO

CON EXCEPCION DE LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS EL ESTUDIO SE REALIZO EN FORMA AMBULATORIA, CON AYUNO PREVIO DE 6 A 8 HORAS, CANALIZACION DE VENA PERMEABLE Y APLICACION DE BUTILHIOSCINA IV. ANESTESIA LOCAL EN OROFARINGE, COLOCACION DE BOQUILLA DENTAL Y LUBRICACION DE INSTRUMENTO. SE PROCEDE A INTUBACION DE DECUBITO LATERAL IZQUIERDO CON CUELLO FLEXIONADO PASO DE INSTRUMENTO SOBRE LA PARTE POSTERIOR DE LA LENGUA BAJO VISION DIRECTA, A NIVEL DE MUSCULO CRICOFARINGEO SE SIENTE RESISTENCIA QUE FUE VENCIDA CON PRESION SUAVE Y MOVIMIENTOS DEGLUTORIOS ACTIVOS DEL PACIENTE. INSPECCION DE ESOFAGO, ESTOMAGO Y DUODENO CON TOMA DIRECTA DE BIOPSIA Y CEPILLADO CON VALVAS AFILADAS POR MEDIO DE CABLE FLEXIBLE.

METODO DE ESTUDIO HISTOPATOLOGICO

LA MUESTRA FUE REGISTRADA Y SERIADA, ESPECIFICANDO EL SITIO DE LA TOMA DE BIOPSIA. SE COLOCO EN FORMOL AL 10% Y SE ENVIO A LA UNIDAD DE HISTOPATOLOGIA DONDE SE REALIZO PREPARACION CON HEMATOXILINA Y EOSINA PARA VISION DIRECTA POR LAMINILLA LA CUAL SE FIJO EN PARAFINA.

CONSIDERACIONES ETICAS

AL PACIENTE QUE LLEGO AL SERVICIO DE ENDOSCOPIA, SE LE INFORMA EN FORMA VERBAL EL TIPO DE ESTUDIO A REALIZARSE. ESTANDO DE ACUERDO EL PACIENTE FIRMO HOJA DE AUTORIZACION CON LOS SIGUIENTES DATOS: NOMBRE DE LA PERSONA QUE DA EL CONSENTIMIENTO, NOMBRE DEL INVESTIGADOR QUE INFORMA, NOMBRE Y NUMERO DE REGISTRO DEL PROYECTO, VENTAJAS AL PACIENTE, RIESGO AL PACIENTE, NOMBRE Y NUMERO DE AFILIACION DE PERSONA QUE AUTORIZA O PARTICIPO Y AL FINAL LO SIGUIENTE REFIERE: DECLARO QUE HE SIDO AMPLIAMENTE INFORMADO ACERCA DEL PROYECTO DE INVESTIGACION Y ADVERTIDO (A) DE LOS RIESGOS POSIBLES Y VENTAJAS QUE PUDIERAN PRESENTAR LOS PROCEDIMIENTOS INHERENTES AL PROYECTO.

RESULTADOS

SE REALIZARON 13554 ESTUDIOS ENDOSCOPICOS DE ENERO DE 1993 A JUNIO DE 1994, EN EL SERVICIO DE ENDOSCOPIA ADULTOS. A LOS CUALES SE LES TOMO BIOPSIA, POR SINTOMATOLOGIA DE ENFERMEDAD ACIDO PEPTICA SE EXCLUYERON RESULTADOS DE PATOLOGIA NO RELACIONADOS CON EL ESTOMAGO.

LOS ANTECEDENTES OBTENIDOS POR INTERROGATORIO DIRECTO DEL PACIENTE, JUNTO CON EL ESTUDIO ENDOSCOPICO Y RESULTADOS DE PATOLOGIA FUERON ANOTADOS EN HOJA DISEÑADA CON ESTE FIN.

EL TOTAL DE BIOPSIAS EN RELACION CON LA PATOLOGIA GASTRICA FUE DE 2589(19.10%) Y DESGLOSANDOSE EN LA SIGUIENTE FORMA:

GASTRITIS CRONICA	1155	CASOS	44.61%
GASTRITIS ATROFICA	193	"	7.45%
METAPLASIA INTESTINAL	803	"	31.01%
ULCERA GASTRICA	154	"	5.94%
DISPLASIA INTESTINAL	169	"	6.52%
CANCER GASTRICO	115	"	4.44%

(FIG.1)

DE LOS 115 CASOS DE CANCER GASTRICO REVISADOS, EL 66.88% NO TENIAN SOSPECHA DIAGNOSTICA Y EL 33.02% TENIAN SOSPECHA DIAGNOSTICA.

(FIG. 2)

PREDOMINO EL SEXO MASCULINO EN 73 CASOS(63.47%); EN EL SEXO FEMENINO 42 PACIENTES (36.52%), (FIG. 3). LA RELACION HOMBRE MUJER ES DE 1.7:1, LA EDAD PROMEDIO EN NUESTROS PACIENTES ES DE 53.2 AÑOS, CON UN RANGO QUE VA DE LOS 27 A LOS 88 AÑOS. LA SEPTIMA DECADA DE LA VIDA ES LA MAS AFECTADA CON 33 CASOS(28.6%). ENTRE LOS 27 A LOS 40 AÑOS TUVIERON 18 CASOS (15.6%); Y LA OCTAVA DECADA DE LA VIDA; 14 CASOS (12.1%).(FIG.4)

LOS ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES, DE CANCER GASTRICO, SOLO FIGURO EN 17 PACIENTES (14.07%), EN RELACION AL GRUPO SANGUINEO EL TIPO "O" POSITIVO SE ENCONTRO PRESENTE EN 53 PACIENTES (46%) Y EL GRUPO "A" POSITIVO EN 39 PACIENTES (43.91%), NO DETERMINANDOSE EN 31 PACIENTES (26.9%).

EL TABAQUISMO ESTUVO PRESENTE EN 49 PACIENTES (42.60%): EL ALCOHOLISMO EN 47 PACIENTES (40.8%), RELACIONADO CON BEBIDAS FERMENTADAS, COMO EL PULQUE.(FIG.9)

EN RELACION A LA INGESTA DE ALIMENTOS OBSERVAMOS LO SIGUIENTE:

90 PACIENTES CONSUMIAN	CARNE REGULARMENTE	(78.26%)
55 " "	ALIMENTOS ENLATADOS	(47.8%)
39 " "	PESCADO	(33.9%)
25 " "	ALIMENTOS SALADOS	(21.7%)

(FIG.11)

EN RELACION AL NUMERO DE COMIDAS, 62 PACIENTES CONSUMIAN TRES AL DIA(53.91%); 41 PACIENTES SOLO DOS(35.65%) Y NO ESPECIFICARON 12 PACIENTES (10.43%).

SINTOMAS Y SIGNOS: LA SINTOMATOLOGIA PREVIA AL DIAGNOSTICO TUVO UNA DURACION PROMEDIO DE 9.5 MESES, CON UN RANGO DE 3 A 16 MESES (FIG.10). EL ORDEN DE FRECUENCIA DE LOS SINTOMAS ES EL SIGUIENTE:

DOLOR EPIGASTRICO	86	PACIENTES	(74.82%)
PERDIDA DE PESO	79	"	(68.69%)
PLENITUD POSPRANDIAL	71	"	(61.73%)
ANOREXIA	66	"	(57.39%)
PIROSIS	62	"	(53.9%)
VOMITO	61	"	(53.02%)
MELENA	53	"	(46.08%)
HEMATEMESIS	33	"	(28.69%)

(FIG. 7)

**EL ESTADIO DEL CANCER DE ACUERDO A LA CLASIFICACION
ENDOSCOPICA DE BORRMAN ES COMO SIGUE:**

B	IV	43	PACIENTES	(37.39%)
B	III	39	"	(33.91%)
B	II	28	"	(24.34%)
B	I	0	"	

(FIG.5)

**EN CUANTO A LA UBICACION DEL CANCER GASTRICO, EN NUESTRA SERIE
TIENE EL SIGUIENTE ORDEN:**

CUERPO Y ANTRO	20	PACIENTES	(17.39%)
FONDO	29	"	(16.52%)
CUERPO	16	"	(13.9 %)
UNION ESOFAGO GASTRICA	13	"	(11.30%)
CURVATURA MAYOR	11	"	(9.56%)
CURVATURA MENOR	8	"	(6.95%)

(FIG.8)

**PARA EL ESTUDIO HISTOPATOLOGICO SE UTILIZO LA CLASIFICACION DE
LAUREN'S, ENCONTRANDO LOS SIGUIENTES DATOS:**

POCO DIFERENCIADO	19	PACIENTES	(16.52%)
POCO D. ANILLO DE SELLO	18	"	(15.65%)
MODERADAMENTE DIFERENCIADO	17	"	(14.78%)
TIPO INTESTINAL	12	"	(10.43%)
POCO DIFERENCIADO ULCERADO	7	"	(6.08%)
MODERADAMENTE DIFERENCIADO ULCERADO	7	"	(6.08%)

**BIOPSIAS ENDOSCOPICAS
PATOLOGIA GASTRICA**

REPORTE HISTOLOGICO DE 2589 BIOPSIAS

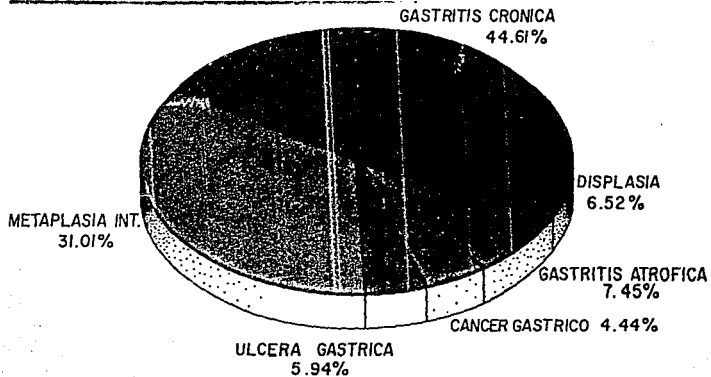
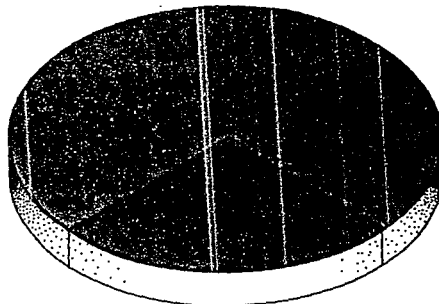


Figura 1

CANCER GASTRICO

DIAGNOSTICO PREVIO AL RESULTADO HISTOLOGICO

SIN DIAGNOSTICO 66 %

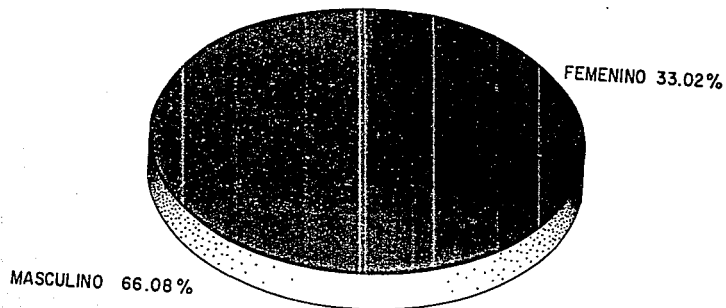


Total de Pacientes 115

CON DIAGNOSTICO
34 %

Figura 2

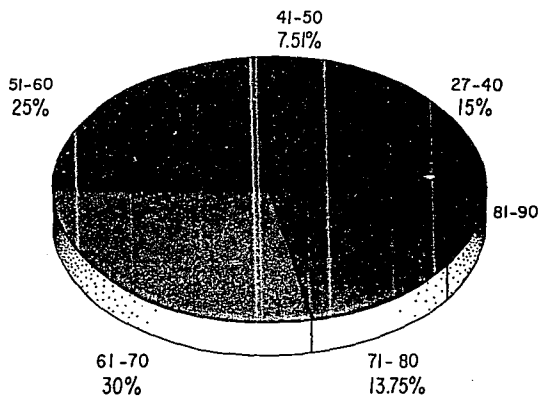
**CANCER GASTRICO
DISTRIBUCION POR SEXO**



Total de Pacientes 115

Figura 3

**CANCER GASTRICO
FRECUENCIA POR EDAD**



EDADES EN
ANOS

Figura 4

Total de Pacientes 115

**CANCER GASTRICO
REPORTE DE LA CLASIFICACION
DE BORRMAN**

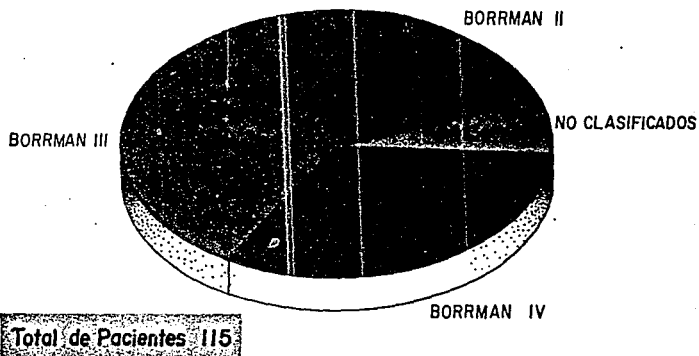


Figura 5

CANCER GASTRICO
FRECUENCIA TIPO HISTOLOGICO

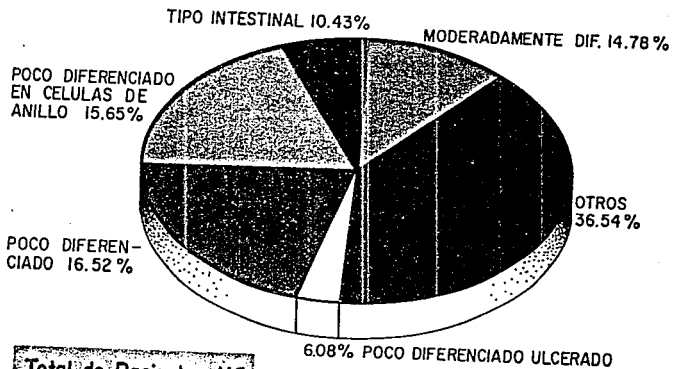


Figura 6

CANCER GASTRO
SINTOMATOLOGIA MAS FRECUENTE

Total de Pacientes: 115

Serie 1

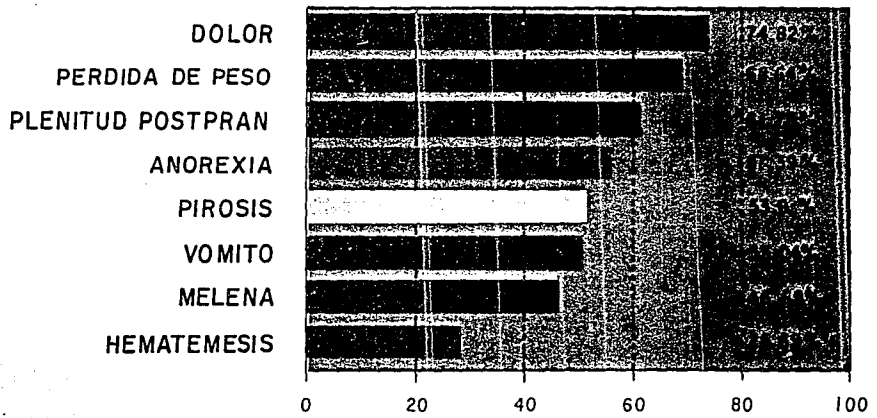


Figura 7

CANCER GASTRO
SITIO DE LOCALIZACION

Total de Pacientes 115

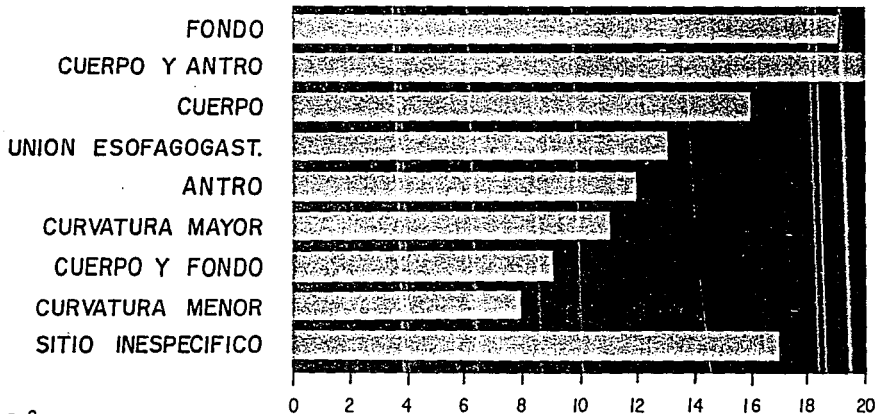


Figura 8



Total de Pacientes 115

TOXICOMANIAS

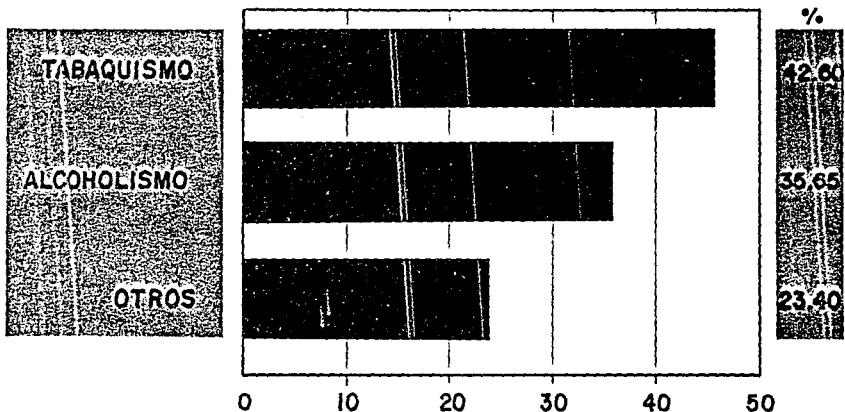


Figura 9

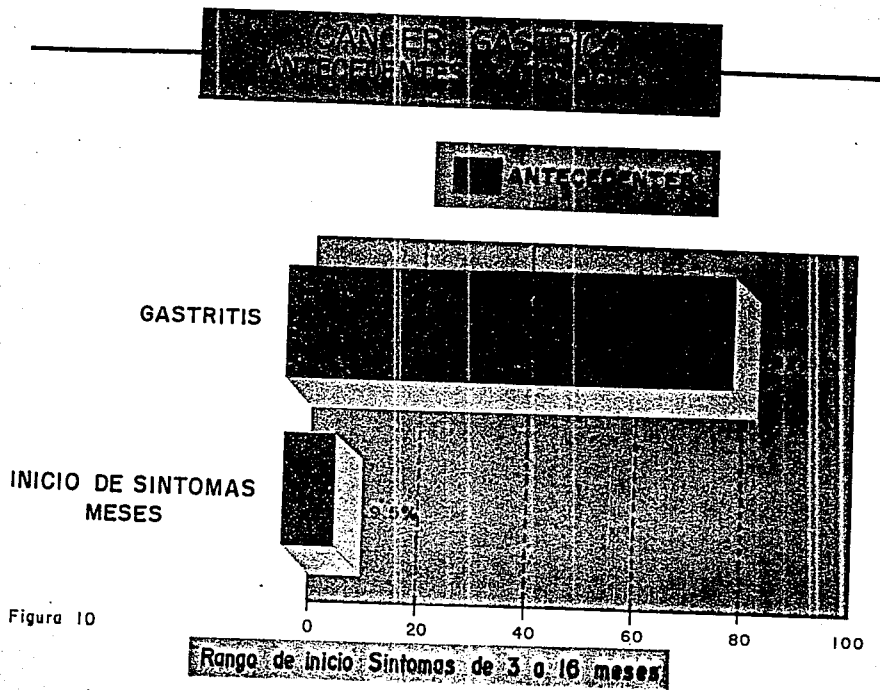


Figura 10

CANCER GASTRO
ALIMENTOS EN RELACION
DISPONIBILIDAD

Total de Pacientes 115

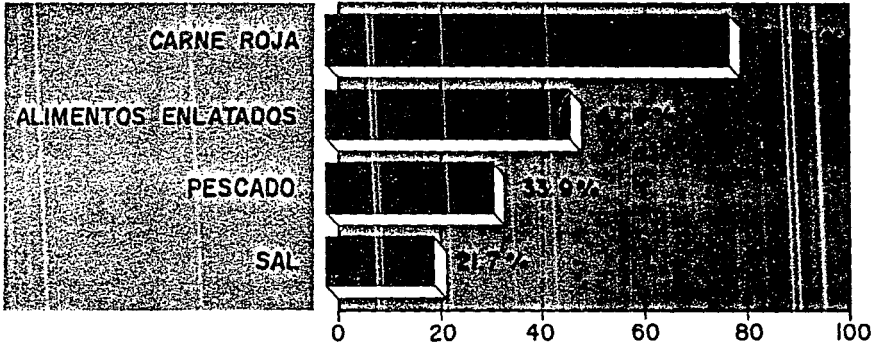


Figura 11

CONCLUSIONES

CONSIDERAMOS QUE NUESTRO ESTUDIO CONCUERDA CON LA LITERATURA MUNDIAL EN BASE A LO SIGUIENTE:

NO ENCONTRAMOS CANCER GASTRICO EN ESTADIO TEMPRANO YA QUE TODOS LOS PACIENTES DIAGNOSTICADOS ACUDIERON EN ETAPAS AVANZADAS, PRINCIPALMENTE EN ETAPAS III Y IV DE LA CLASIFICACION DE BORMAN.

PREDOMINANDO EN EL SEXO MASCULINO 1.7:1.

SIENDO EL GRUPO DE EDAD DE MAYOR INCIDENCIA LA SEPTIMA DECADA DE LA VIDA.

EN RELACION AL GRUPO SANGUINEO SE ENCONTRO ASOCIADO MAS FRECUENTEMENTE AL GRUPO "O" POSITIVO Y CON UNA MENOR FRECUENCIA EL TIPO "A".

LOS ALIMENTOS RELACIONADOS CON EL CANCER GASTRICO QUE ENCONTRAMOS FUERON PRINCIPALMENTE: LA INGESTA CARNE, ALIMENTOS ENLATADOS, PESCADO Y SAL. LO CUAL TIENE UNA RELACION CON EL TIPO DE PACIENTES ESTUDIADOS YA QUE DESARROLLAN UNA VIDA DE TIPO URBANA QUE LOS OBLIGA A UN MAYOR CONTACTO CON ESTE TIPO DE ALIMENTOS.

EN CUESTION A TOXICOMANIAS SE ENCONTRO PRINCIPALMENTE RELACION CON ALCOHOLISMO (PULQUISMO) Y TABAQUISMO, OBSERVANDOSE EN FORMA CRONICA EN LOS PACIENTES ESTUDIADOS.

EL TIPO HISTOLOGICO MAS IMPORTANTE FUE EL DIFUSO INFILTRATIVO, BASANDONOS EN LA CLASIFICACION DE LAUREN Y MING.

LA GASTRITIS SE REPORTA EN LA LITERATURA, TENIENDO EN NUESTRO ESTUDIO RELACION DE UN 52% EN TODOS LOS PACIENTES ESTUDIADOS Y UN 22.3% COMO ANTECEDENTE DE AQUELLOS CON CANCER GASTRICO ANTES DE HACER EL DIAGNOSTICO DEFINITIVO.

EL DIAGNOSTICO ENDOSCOPICO DE CANCER GASTRICO POR AÑO SE INCREMENTA, EN EL HOSPITAL DEL IMSS ZONA NORTE, ALREDEDOR DE 80 CASOS POR AÑO.

DISCUSION

LA PATOLOGIA GASTRICA DETECTADA POR ENDOSCOPIA EN LA ZONA NORTE DE ELIMMS, FUE LA SIGUIENTE:

DE UN TOTAL DE 2589 BIOPSIAS

GASTRITIS CRONICA	1155	PACIENTES	(44.61%)
GASTRITIS ATROFICA	193	PACIENTES	(7.45%)
METAPLASIA INTESTINAL	803	"	(31.01%)
ULCERA GASTRICA	154	"	(6.34%)
DISPLASIA INTESTINAL	169	"	(6.52%)
CANCER GASTRICO	115	"	(4.44%)

EN E.U.A., DE DICIEMBRE DE 1988 A JUNIO DE 1990, EL DR. CRANNEN (7), REALIZA UN ESTUDIO RETROSPECTIVO SIMILAR AL NUESTRO CON LOS SIGUIENTES RESULTADOS:

DE UN TOTAL DE 533 BIOPSIAS

FUERON NORMALES	126	PACIENTES	(23.6%)
GASTRITIS CRONICA	298	"	(55.9%)
ULCERA GASTRICA BENIGNA	67	"	(12.6%)
GASTRITIS EROSIVA	26	"	(4.9%)
CANCER GASTRICO	16	"	(3.0%)

EL ESTUDIO TIENE UNA DIFERENCIA DEL NUESTRO EN RELACION AL CANCER GASTRICO DE 1.8%-4.44% EN NUESTRA SERIE Y 3% EN SU SERIE, LO QUE PUEDE ESTAR EN RELACION CON MENOR CANTIDAD EN EL NUMERO DE PACIENTES. EL DR. CHAPTER (6) E IBARRA (9), MENCIONAN EN SUS TRABAJOS QUE ES IMPORTANTE DIFERENCIAR LAS CONDICIONES PRECANCEROSAS O SINDROMES CLINICOS VINCULADOS CON MAYOR RIESGO DE CANCER GASTRICO DE LAS LESIONES PRECANCEROSAS O LESIONES HISTOLOGICAS DE LA MUCOSA GASTRICA QUE PRECEDEN A LA APARICION DE CANCER GASTRICO. EN NUESTRO ESTUDIO ENCONTRAMOS.- LA GASTRITIS CRONICA, GASTRITIS ATROFICA Y METAPLASIA EN UN PORCENTAJE DEL 83.97%.

EN NUESTRA SERIE LOS 115 CASOS IDENTIFICADOS: (66%), NO TUVIERON SOSPECHA DE DIAGNOSTICO Y EL (33%) TENIAN SOSPECHA DE DIAGNOSTICO; NO TENEMOS UN ARTICULO QUE HABLE EXCLUSIVAMENTE DE SOSPECHA DE DIAGNOSTICO. SOLO LOS ARTICULOS PUBLICADOS EN EL JAPON (2,4,15), POR TENER UN PROGRAMA DE DETECCION DE CANCER GASTRICO EN ETAPAS TEMPRANAS, DEBIDO A LAS CAMPAÑAS DE DETECCION OPORTUNA.

EL SEXO MASCULINO PREDOMINA EN 73 CASOS (63.47%); Y EL FEMENINO SE OBSERVO EN 42 PACIENTES (36.52%), LA RELACION HOMBRE-MUJER ES DE 1.7:1, LO QUE SE ASEMEJA EN ESTUDIOS REALIZADOS EN JAPON Y LOS E.U.A.

LA EDAD PROMEDIO EN NUESTROS PACIENTES ES DE 55.2 AÑOS, CON UN RANGO DE 27 A 88 AÑOS, PREDOMINO LA SEPTIMA DECADA DE LA VIDA EN EL JAPON BRONGAZE (4) REPORTA LA EDAD PROMEDIO DE 65.3 AÑOS CON UN RANGO DE 52 A 88 AÑOS, PREDOMINANDO LA SEXTA Y SEPTIMA DECADA DE LA VIDA.

EN LO QUE SE REFIERE A LOS ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES NUESTRA SERIE TUVO UN PORCENTAJE DE (14.7%) EL DR. IBORRA (9) EN UN TRABAJO REALIZADO EN MADRID EN 1992, MENCIONA SU RELACION CON EL TIPO DIFUSO Y QUE EN LOS GEMELOS MONOCIGOTICOS UNO DE ELLOS PUEDE PRESENTAR CANCER GASTRICO. RELACION QUE EN NUESTRO ESTUDIO NO SE OBSERVO, YA QUE EL TIPO DE CARCINOMA DIFUSO NO SE OBSERVO EN NUESTRA SERIE.

EN RELACION A EL GRUPO SANGUINEO TIPO "O" POSITIVO, SE ENCONTRO PRESENTE EN 53 PACIENTES (46%); EL TIPO "A" POSITIVO EN 39 PACIENTES(33.91%). MENCIONANDO EL DR. IBORRA EN SU TRABAJO ANTERIOR QUE EL GRUPO SANGUINEO TIPO "A" POSITIVO ES UN FACTOR DETERMINANTE PARA EL CARCINOMA TIPO DIFUSO. NO OBSERVANDOSE EN NUESTRA SERIE ESTA RELACION EN NINGUN CASO. CONSIDERANDO COMO REFIERE EL DR. VILLALOBOS (21) EN SU TRABAJO PUBLICADO EN MEXICO D.F. Y ALGUNOS ESTADOS DE LA REPUBLICA, QUE DE ACUERDO A EL FACTOR AMBIENTAL Y

ETNICO EN NUESTRA RAZA PREDOMINA EL GRUPO "O" POSITIVO OBSERVANDOSE POR ESTE MOTIVO MAYOR NUMERO DE CASOS EN ESTE GRUPO SANGUINEO.

LA HIPERTENSION ARTERIAL PRESENTE EN 21 PACIENTES DE NUESTRA SERIE (18.26%); Y LA DIABETES MELLITUS EN 15 PACIENTES (13.04%), NO TIENE RELACION CON FACTORES QUE SE ATRIBUYAN PREDISPONENTES A CANCER GASTRICO, Y EN NUESTRAS REFERENCIAS, EN NINGUNA DE ELAS SE HACE MENSION SOBRE EL TEMA.

SE HA MENCIONADO QUE EL TABAQUISMO Y ALCOHOLISMO SON FACTORES DE RIESGO PARA PRESENTARSE CANCER GASTRICO, EN NUESTRA SERIE SE ENCONTRO PRESENTE EL TABAQUISMO EN 49 PACIENTES (42.60%) Y EL ALCOHOLISMO EN 47 PACIENTES (40.8%). SOBRE TODO EN RELACION CON INGESTA EN BEBIDAS FERMENTADAS COMO EL PULQUE. EL DR. VILLALOBOS (22,23,24), MENCIONA EN INFORMES SOBRE PREVALENCIA DE CANCER GASTRICO EN EL D.F. REFIRIENDO QUE SU RELACION ES DE ACUERDO AL TIPO SOCIAL Y AMBIENTAL SOBRE TODO EN GRUPOS DE BAJOS RECURSOS ECONOMICOS.

LA DIETA Y TOMA DE ALIMENTOS, TIENE UNA IMPORTANCIA SIGNIFICATIVA COMO FACTOR PREDISPONENTE A CANCER GASTRICO, CHAPTER(6), IBARRA(9) Y VILLALOBOS(21), MENCIONA QUE LOS ADITIVOS DE ALIMENTOS INDUSTRIALIZADOS ASI COMO LOS NITRATOS EN ALIMENTOS SALADOS Y QUE LOS HABITOS ALIMENTICIOS, SON FACTORES PREDISPONENTES DE IMPORTANCIA PARA PRESENTAR CANCER GASTRICO. EN NUESTRA SERIE ENCONTRAMOS QUE:

90	PACIENTES	CONSUMIAN	CARNE	REGULARMENTE	(78.26%)
55	"	"	ALIMENTOS	ENLATADOS	(47.8 %)
39	"	"	PESCADO		(33.9 %)
25	"	"	ALIMENTOS	SALADOS	(21.7 %)

(FIG. 11)

LA SINTOMATOLOGIA PREVIA AL DIAGNOSTICO TUVO UNA DURACION PROMEDIO DE 9.5 MESES, CON UN RANGO DE 3 A 16 MESES Y EL ORDEN DE FRECUENCIA DE LOS SINTOMAS ES EL SIGUIENTE:

DOLOR EPIGASTRICO	86	PACIENTES	(74.82%)
PERDIDA DE PESO	79	"	(68.64%)
PLENITUD POSTPRANDIAL	71	"	(61.73%)
ANOREXIA	66	"	(57.39%)
VOMITO	61	"	(53.04%)
MELENA	53	"	(46.08%)
HEMATEMESIS	33	"	(28.69%)

(FIG. 7)

MEYERS(13), EN UN ESTUDIO RETROSPECTIVO REALIZADO EN E.U.A. DE 1953 A 1983, MUESTRA UN INICIO DE SINTOMATOLOGIA PREVIO AL DIAGNOSTICO DE 11 MESES, CON UN RANGO DE 17 A 1 MES, EN 255 PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE CANCER GASTRICO DE LA SIGUIENTE FORMA:

PERDIDA DE PESO	184	PACIENTES	(72%)
DOLOR EPIGASTRICA	129	"	(51%)
NAUSEA/VOMITO	102	"	(40%)
ANOREXIA	89	"	(35%)
PLENITUD POSTPRANDIAL	56	"	(22%)
DISFAGIA	55	"	(22%)
MELENA	27	"	(20%)

OBSERVANDO QUE EN AMBOS ESTUDIOS PREDOMINA EL DOLOR EPIGASTRICO Y LA PERDIDA DE PESO, A PESAR QUE SE ENCUENTRAN EN DIVERSAS PATOLOGIAS PRESENTES. DICHS SINTOMAS SON LOS QUE SE MENCIONAN EN LA MAYORIA DE LOS TRABAJOS PUBLICADOS SOBRE TODO EN EL JAPON(4). CON LO CUAL SI OBSERVAMOS ESTOS SINTOMAS EN PACIENTES, A PESAR DE RECIBIR TRATAMIENTO MEDICO, RESULTA IMPORTANTE SOSPECHAR LA POSIBILIDAD DE CANCER GASTRICO Y REALIZAR SU DETECCION OPORTUNA.

UN FACTOR IMPORTANTE SIN DUDA, ES EL ESTADIO EN QUE SE ENCUENTRA EL PACIENTE AL MOMENTO DE SER ATENDIDO POR PRIMERA VEZ. EN NUESTRA SERIE DE ACUERDO A LA CLASIFICACION DE BORRMAN PREDOMINO:

B	IV	43	PACIENTES	(37.39%)
B	III	39	"	(33.91%)
B	II	28	"	(24.34%)
B	I	0	"	

(FIG. 5)

UN ESTUDIO SEMEJANTE REALIZADO POR WILLIAM (13), EN E.U.A. EN LOS AÑOS DE 1953 A 1983, DE 244 PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE CANCER GASTRICO MOSTRO:

B	IV	176	PACIENTES	(72%)
B	III	41	"	(17%)
B	II	25	"	(10%)
B	I	2	"	(1%)

EN AMBOS ESTUDIOS SE OBSERVO QUE LOS PARAMETROS PARA CATALOGAR CANCER GASTRICO TEMPRANO NO SE CUMPLEN, YA QUE EL DIAGNOSTICO SE REALIZA EN ETAPA AVANZADA EN EL 80% DE LOS CASOS APROXIMADAMENTE, Y CON UN PRONOSTICO DESALENTADOR. EN CONTRASTE CON PUBLICACIONES EN EL JAPON, DONDE EL DIAGNOSTICO INICIAL ES HASTA DE 30 A 40%; POR MEDIO DE LA EXPLORACION MASIVA. OFRECIENDO CIRUGIA DE TIPO CURATIVA Y ALCANZADO CIFRAS DE SOBREVIDA A 5 AÑOS DE 90 A 95%.

PARA EL ESTUDIO HISTOPATOLOGICO. SE UTILIZO LA CLASIFICACION DE LAUREN'S, ENCONTRANDO LOS SIGUIENTES DATOS:

POCO DIFERENCIADO	19	PACIENTES	(16.52%)
POCO DIFERENCIADO CON CELULAS EN ANILLO DE SELLO	18	"	(15.65%)
MODERADAMENTE DIFERENCIADO	17	"	(14.78%)
TIPO INTESTINAL	12	"	(10.43%)
POCO DIFERENCIADO ULCERADO	7	"	(6.08%)
MODERADAMENTE DIFERENCIADO ULCERADO	7	"	(6.08%)

(FIG. 6)

FACTOR IMPORTANTE QUE INFLUYE EN EL PRONOSTICO DE LOS PACIENTES, YA QUE LA ESTIRPE HISTOLOGICA Y LA CLASIFICACION EN NUESTRA SERIE CORRESPONDE AL TIPO DIFUSO INFILTRATIVO, QUE SE CARACTERIZA POR SER POCO DIFERENCIADO, Y ES CONOCIDO EL HECHO DE QUE A MENOR DIFERENCIACION ES MAYOR LA AGRESIVIDAD DEL TUMOR Y PEOR EL PRONOSTICO. RESULTADO SEMEJANTE EN SU ESTIRPE EL REALIZADO POR EL DR. CHAPTER(6) Y EL DR. VILLALOBOS (24,25).

EN CUANTO A LA UBICACION DEL CANCER GASTRICO EN NUESTRA SERIE TIENE EL SIGUIENTE ORDEN:

CUERPO Y ANTRO	20	PACIENTES	(17.39%)
FONDO	19	"	(16.52%)
CUERPO	16	"	(13.9 %)
UNION ESOFAGO GASTRICA	13	"	(11.30%)
CURVATURA MAYOR	11	"	(9.56%)
CURVATURA MENOR	8	"	(6.95%)

(FIG. 8)

TRADICIONALMENTE SE HABIA CONSIDERADO QUE LA LOCALIZACION DEL CANCER GASTRICO ERA EL ANTRO Y DE MENOR FRECUENCIA EL FONDO Y LA

UNION ESOFAGO GASTRICA; SIN EMBARGO EN LAS ULTIMAS 4 DECADAS A NIVEL MUNDIAL SE HA DETECTADO UNA NOTABLE DISMINUCION EN LA INCIDENCIA DE CANCER GASTRICO ANTRAL Y UN INCREMENTO DE CANCER GASTRICO EN EL FONDO Y EN LA UNION ESOFAGO GASTRICA, ESTE ULTIMO DE MUY MAL PRONOSTICO, ESTUDIOS REALIZADOS EN EL JAPON Y E.U.A., REFIEREN QUE ESTOS CAMBIOS EN LA INCIDENCIA DE LA LOCALIZACION SE ENCUENTRAN AUN SIN EXPLICACION CLARA; SUJETA A LOS RESULTADOS DE MULTIPLES ESTUDIOS DE TIPO PROSPECTIVO. CONSIDERAMOS PUEDE DEBERSE AL USO DE BLOQUEADORES H2 Y OMEPRAZOL EN FORMA PROLONGADA. QUE DISMINUYEN LA ACIDEZ FAVORECIENDO EL CRECIMIENTO DE BACTERIAS, AUNADOS A LOS CAMBIOS DEGENERATIVOS DE MUCOSA GASTRICA PROPIOS DE LA EDAD; PERO COMO SE MENCIONA, QUEDA SUJETA ESTA HIPOTESIS A UN ESTUDIO PROSPECTIVO.

COMO CONCLUSION TENEMOS QUE NO TENIENDO UN PROGRAMA DE DETECCION OPORTUNA DE CANCER GASTRICO, LA POSIBILIDAD DE TENER PACIENTES EN ESTADIO I ES MUY REMOTA. SIN EMBARGO HABRIA QUE SENSIBILIZAR AL MEDICO GNERAL, GASTROENTEROLOGO Y CIRUJAMOS, EN LA SOSPECHA DE CANCER GASTRICO CON TODO PACIENTE CON FACTORES DE RIESGO (TABAQUISMO, ALCOHOLISMO, ALIMENTACION, ETC.) Y QUE TENGAN SINTOMATOLOGIA PEPTICA REBELDE A TRATAMIENTO MEDICO, REALIZANDO ENDOSCOPIAS FRECUENTES CON ESTUDIOS HISTOPATOLOGICOS.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- ARISTA-NASR, J, JIMENEZ, A: THE ROLE OF THE ENDOSCOPIC BIOPSY IN THE DIAGNOSIS OF GASTIC LYMPHOMA, HUMAN PATHOLOGY. 1992;22:339
- 2.- ADACHI, I, MURI, M, JIDO, A: CLINICOPATHOLOGY STUDY OF MUCINOUS GASTRIC CARCINOMA. CANCER. 1992;69:866
- 3.- BODET, J., LIGHTDALE, CH, ZAUBER. A: PREOPERATIVE STAGING OF GASTRIC CANCER: COMPARISON OF ENDOSCOPIC US AND DYNAMIC CT. RADIOLOGY. 1991;181:426
- 4.- BINGAZE, W, CHAPPUIS, CH, COHN, I: EARLY GASTRIC CANCER. ANN OF SURG. 1998;204:103
- 5.- BYTZER, P; ENDOSCOPIC FOLLOW-UP STRUDY O GASTRIC ULCER TO DETECT MALIGNANCY: IS IT WORTHWHILE. J. GASTROENTEROL 1991;26:1193
- 6.- CHAPTER, M: ADENOCARCINOMA AND OTHER MALIGNANT EPITHELIAL TUMORS OF THE STOMACH. 1991;25:548
- 7.- CRANEN, M, BLOK, P, DEKKER, W: PREVALENCE OF SUBTYPES OF INTESTINAL METPLASIA IN GASTRIC ANTRAL MUCOSA. DIGETIVE DISEASES AND SCIENCES. 1991;26:1529
- 8.- ECKARDT, V, GIEBLER, W, KANZLER, G: DOES ENDOSCOPIC FOLLOW UP IMPROVE THE OUTOCOME OF PATIENTES WITH BENING GASTRIC ULCERS AND GASTRIC CANCER ?, CANCER. 1992;69:301
- 9.- OKAMURA, T, TSUJITANI, S, MARIN, P: ADENOCARCINOMA IN THE UPPER THIRD BART OF THE STOMACH. SURG GINECOL OBST 1987; 165:247
- 10.- KODOMA, J, MACHI, J, KURUME, J: THE OF OPERATIVE ULTRASONOGRAPHY USIND TUMOR EXTENSION OF CARCINOMA STOMACH. SURG GYNECOL OBST. 1992;174:479
- 11.- SOWA, M, OHKITA, H, NITTA, M: EVALUATION OF CLINICOPATHOLOGICAL ANALYSIS OF THE EARTLY GASTRIC CANCER. WORLD J SURG. 1981;5:717

- 12.- IBORRA, J, DE LA MORENA, E, PEREZ, A: CANCER DEL ESTOMAGO. MEDICINE. 1992;6:62
- 13.- MEYERS, W, DAMIANO, H, POSTTLETHWAIT, R: ADENOCARCINOMA OF THE STOMACH. ANN OF SURG. 1987;205:1
- 14.- TAKESHI, O, TSUJITANI, S, MARIN, P:ADENOCARCINOMA IN THE UPPER THIRD PART OF THE STOMACH. SURG GINECOL OBST. 1987;165:247
- 15.- YEHUDA, G: TRENDS AND CONTROVERSIES IN THE MANAGEMENT OF CARCINOMA OF THE STOMACH. SURG GYNECOL OBST. 1989;169:371
- 16.- SOWA, M, KATO, Y, NISHIMURA, M: SURGICAL APROACH TO EARLY GASTRIC CANCER WITH LYMPH NODE METASTASIS. WORLD J SURG. 1989;13:630
- 17.- TAAL, B, BURGERS, M; PRIMARY NON-HODKIN'S LYMPHOMA OF THE STOMACH: ENDOSCOPIC DIAGNOSIS AND THE ROLE OF SURGERY. SCANDINAVIAN J GASTROENTEROL. 1991;188:33
- 18.- TAKECHI, K, MIHARA, M, SAITO, Y: A MODIFIED TECHNIQUE FOR ENDOSCOPIC MUCOSAL RESECTION OF SMALL EARLY GASTRICCARCINOMAS. ENDOSCOPY. 1992;24:215
- 19.- TATSUTA, H, LISH, H, OKUDA, S: DIAGNOSIS OF EARLY GASTRIC CANCERS IN THE UPPER PART THE STOMACH BY THE ENDOSCOPIC CONGO_RED METHYLENE BLUE TEST. ENDOSCOPY. 1984;16:131
- 20.- MAINGOT, S:OPERACIONES ABDOMINALES. OCTAVA EDICION. EDITORIAL PANAMERICANA MEXICO. 1988;1:106
- 21.- VILLALOBOS, J: PRIMER INFORME DEL GRUPO DE ESTUDIO DEL CANCER DEL APARATO DIGESTIVO. GACETA MEDICA DE MEXICO. 1979;115:427
- 22.- VILLALOBOS, J: TERCER INFORME DEL GRUPO DE ESTUDIO SOBRE CANCER DEL APRATO DIGESTIVO. GASTROENTEROL MEX. 1981;117:390

- 23.- VILLALOBOS, J; QUINTO INFORME DEL GRUPO DE ESTUDIO SOBRE
CANCER DEL APARATO DIGESTIVO. GACETA MEDICA DE MEXICO.
1983;119:334
- 24.- VILLALOBOS, J; SEXTO INFORME DEL GRUPO DE ESTUDIO SOBRE CANCER
DEL APARATO DIGESTIVO. GACETA MEDICA DE MEXICO. 1986;122:49
- 25.- VILLALOBOS, J; SEPTIMO INFORME DEL GRUP DE ESTUDIO SOBRE
CANCER DEL APARATO DIGESTIVO. GASTROENTERO MEX. 1986;51:205
- 26.- VILLALOBOS, J; OCTAVO INFORME DEL GRUP DE ESTUDIO SOBRE CANCER
DEL APARATO DIGESTIVO. GASTROENTEROL MEX. 1987;52:21
- 27.- LAWRENCE, M, MAN, H:EARLY GASTRIC CANCER. ANN SURG. 1991;213:327
- 28.- ZARGAR, S, KHUROO, M, MAHAJAN, R: ENDOSCOPIC FINE NEEDLE
ASPIRATION CITOLGY IN THE DIAGNOSIS OF GASTRO-OESOPHAGEAL
AND COLORECTAL MALIGNANCIES. SCANDINAVIAN J GASTROENTEROL
SUPPL 1990;188:26