

~~11709~~ 44
2ej.

11209

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS DE POSGRADO

HOSPITAL REGIONAL "1º. DE OCTUBRE"

**TESIS PARA OBTENER EL TITULO DE LA
ESPECIALIDAD EN**

CIRUGIA GENERAL

MANEJO QUIRURGICO DEL CANCER GASTRICO

ASESOR: DR. GERARDO DE JESUS OJEDA VALDEZ

AUTOR: DR. EDUARDO LANCHE JAVIER

MEXICO, D.F. 1998

279874

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

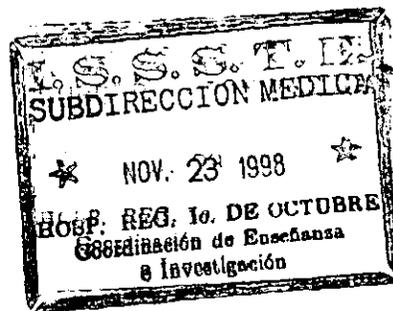
Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

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

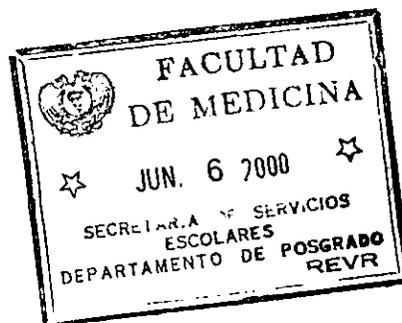
DR. ALEJANDRO TORT MARTINEZ
COORDINADOR DE LOS SERVICIOS DE CIRUGÍA
HOSPITAL REGIONAL "1º. DE OCTUBRE"
I.S.S.S.T.E

Profesor titular del curso de Cirugía General

DR. HORACIO OLVERA HERNANDEZ
JEFE DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN
HOSPITAL REGIONAL "1º. DE OCTUBRE"
I.S.S.S.T.E



DR. GERARDO DE JESUS OJEDA VALDEZ
ASESOR DE TESIS



[Handwritten signature]

INDICE.

Introducción 1

Material y Método. 3

Resultados.....3

Análisis y Resultados..... 15

Conclusiones.....21

Bibliografía 22

INTRODUCCION

El cáncer gástrico es una enfermedad biológicamente muy agresiva e incurable cuando se descubre en su fase sintomática. Si bien se presenta en todo el mundo, es muy variable su frecuencia en algunos países ha presentado alguna disminución, no así en otros. se desconoce la razón de esta tendencia y se han postulados unas series de factores como posibles causas que no son comprobables al 100 %. las manifestaciones clínicas van a depender en su mayor parte del tiempo de evolución, la edad del paciente, situación, extensión y tipo de tumor, por ejemplo si se localiza en el cuerpo, da síntomas vagos como anorexia o malestar epigástrico, hay pérdida de peso, vómitos, hematemesis, melena, disfagia, masa intraabdominal y diarrea, y si se localiza en la entrada o salida del estómago produce síndrome dis péptico y obstructivo. Según estudios el 50% de las neoplasias gástricas se localizan en el antro y píloro, en un 20 % en la curvatura menor, un 5 % en la curvatura mayor, un 5% en el fondo, un 10 % en el cardias y otro 10% es difuso.

Según la organización mundial de la salud (OMS) se han establecidos 5 tipos histológicos de tumores gástricos:

1. Adenocarcinoma
2. Carcinoma adenoescamoso
3. Carcinoma epidermoide
4. Carcinoma indiferenciado
5. Carcinoma no clasificado

El adenocarcinoma representa cerca del 90 al 95% de todos los tumores gástricos malignos del estómago y se aceptan 4 subcategorías:

- A) papilar
- B) tubular
- C) mucinoso
- D) Con células en anillo de sello.

Los carcinomas epidermoides y adenoescamosos son muy raros y se suelen encontrar en las proximidades con el esófago.

Desde el punto de vista macroscópico el carcinoma gástrico puede presentar 5 tipos diferentes. Borrmann ha descrito esos tipos como:

Tipo I vegetante

Tipo II ulcerado

Tipo III úlcerovegetante

Tipo IV Carcinoma infiltrante

Tipo V Carcinoma superficial diseminado o linitis plástica.

El tumor vegetante es voluminoso, friable y con aspecto de coliflor, es más frecuente en el cuerpo y fondo del estómago, al comienzo su grado de malignidad es bajo.

El tumor ulcerado es de los más malignos y el que se ve con más frecuencia aparece más comúnmente en el segmento pilórico o en la región de la curvatura menor, aunque ninguna porción del estómago es inmune.

Los carcinomas infiltrantes y diseminados o linitis plástica tienen peor pronóstico ya que infiltran toda la pared del estómago y se diseminan rápidamente.

Lauren clasificó los adenocarcinomas gástricos de acuerdo a con sus características histológicas.

a) El tipo intestinal que se presenta en el 50% de los casos y presenta un epitelio que asemeja al de la mucosa intestinal y representa la metaplasia intestinal de la mucosa gástrica.

b) El carcinoma difuso que se presenta en el 30% de los casos y se asocia con infiltración de la pared gástrica, aparece más frecuentemente en personas jóvenes.

Según diversos estudios las resecciones curativas del cáncer gástrico producen una supervivencia a 5 años que van desde el 15 al 75%, mientras que la resección paliativa brinda una supervivencia a 5 años del 0 al 12%.

Desde que Avicena (980-1037) hizo la primera narración acerca del cáncer gástrico ha habido grandes avances para controlar la enfermedad. Así durante los primeros años de la cirugía gástrica se desarrollaron diversos procedimientos quirúrgicos que actualmente continúan siendo bien conocidos como los de Billroth I y II. En un principio la gastrectomía total causaba una alta mortalidad, con la creación de la esofagoeyunostomía en Y de Roux esto ha disminuido, y éste es el procedimiento de elección combinado con una linfadenectomía extensa. Así pues el carcinoma del estómago puede curarse con gastrectomía y solo de esta manera puede salvarse la vida del paciente, todos los métodos no quirúrgicos de tratamiento incluyendo el uso de rx en profundidad y de radium se asocian con una mortalidad del 100%. Por otra parte la curación es posible solo cuando la enfermedad se diagnostica tempranamente y la resección es radical. Debe subrayarse que el compromiso ganglionar linfático indica un pronóstico considerablemente peor que el que pudiera ser esperado si no se encontraran adenopatías positivas. Remine y Priestley encontraron compromiso ganglionar en el 60% de sus pacientes sometidos a gastrectomía radical. Tanto la mortalidad quirúrgica como la tasa de supervivencia a 5 años se vieron afectados por la presencia de compromiso ganglionar. La supervivencia a 5 años en estos pacientes con ganglios positivos fue del 15% y de un 57% los que no tenían compromiso. En otro estudio realizado por Hideo Baba en pacientes con cáncer gástrico avanzado encontró una mayor supervivencia en pacientes tratados con linfadenectomía extensa (R2/3) de 23.5 meses vs 11 meses de supervivencia en pacientes tratados solo con gastrectomía simple (R1).

Jin-Pok en otro estudio recomienda además de la cirugía radical el uso de inmunoterapia y la quimioterapia combinada para lograr una mayor supervivencia de los pacientes.

No obstante los grandes avances que se han obtenido en la medicina hasta el momento actual el cáncer gástrico en la mayoría de los casos sigue siendo mortal.

MATERIAL Y METODOS

Se procedió a revisar los expedientes clínicos de pacientes tanto del sexo femenino como masculino mayores de 30 años de edad que ingresaron al hospital primero de octubre del ISSSTE, con diagnóstico establecido de cáncer gástrico primario, entre el 1º. De enero de 1995 al 31 de diciembre de 1997 y que fueron manejados quirúrgicamente en dicha unidad por el servicio de cirugía general, como tratamiento para el cáncer gástrico. Analizándose los siguientes parámetros como la edad, sexo, el sitio más frecuente de localización del tumor en el estómago, el tipo de tumor, el tamaño, el tipo de procedimiento quirúrgico realizado: definitivo (gastrectomía total o subtotal) o paliativa (cirugía derivativa como gastroyeyunostomía, yeyunostomía, gastrostomía etc), así como también se analizó el tipo de reconstrucción gástrica realizada, quedando excluidos desde luego aquellos pacientes que no fueron intervenidos quirúrgicamente en nuestra unidad o que fallecieron durante el mismo acto quirúrgico.

La información obtenida de los expedientes clínicos fue manejada mediante una cédula de recolección de datos, siendo analizados el mismo mediante la base de datos estadísticos incluidos en el programa de computación Excel, haciendo la correlación de las diferentes variables.

RESULTADOS

Durante los 3 años de revisión se captaron para el presente estudio un total de 46 pacientes con cáncer gástrico primario de estómago, 10 de los cuales no fueron intervenidos quirúrgicamente por lo muy avanzado de su enfermedad o por que no aceptaron dicho procedimiento, por lo que fueron excluidos de dicho estudio, quedando de esta forma solo 36 pacientes los cuales fueron sometidos a algún tipo de procedimiento quirúrgico (paliativo o definitivo) para tratar el cáncer gástrico, 20 fueron hombres (55.6%) y 16 mujeres (44.4) con rango de edades entre los 30 y 86 años, con una media de 58 años.

De acuerdo al sitio de localización del cáncer a nivel del estómago tenemos que en el antro y piloro se localizó la mayor cantidad de tumores que corresponde a 10 pacientes, es decir el (27.7%), 7 pacientes presentaban la tumoración a nivel de la curvatura menor (19.4%), también en otros 7 pacientes el tumor era difuso o generalizado (19.4%), en 4 pacientes se localizó a nivel del fondo gástrico (11.1%), en 3 se localizó en la curvatura mayor (8.3%), en 2 en la región antropilórica y curvatura mayor (5.5%) y en 1 paciente se localizó a nivel del cardias (2.7%). Ver cuadro I.

Cuadro I localización del tumor gástrico.

Sitio	Numero de paciente	%
Antro y piloro	10	27.77 %
Curvatura menor	7	19.44 %
Difuso o generalizado	7	19.44 %
Fondo Gástrico	4	11.11 %
Curvatura mayor	3	8.33 %
Antropilórica y curvatura mayor	2	5.55 %
Curvatura mayor y menor	2	5.55 %
Cardias	1	2.77 %

Considerando el tamaño del tumor del estómago tenemos que en 2 pacientes el tumor era entre 2 y 3 cm. Mientras que en 13 pacientes media entre 6 y 8 cm.

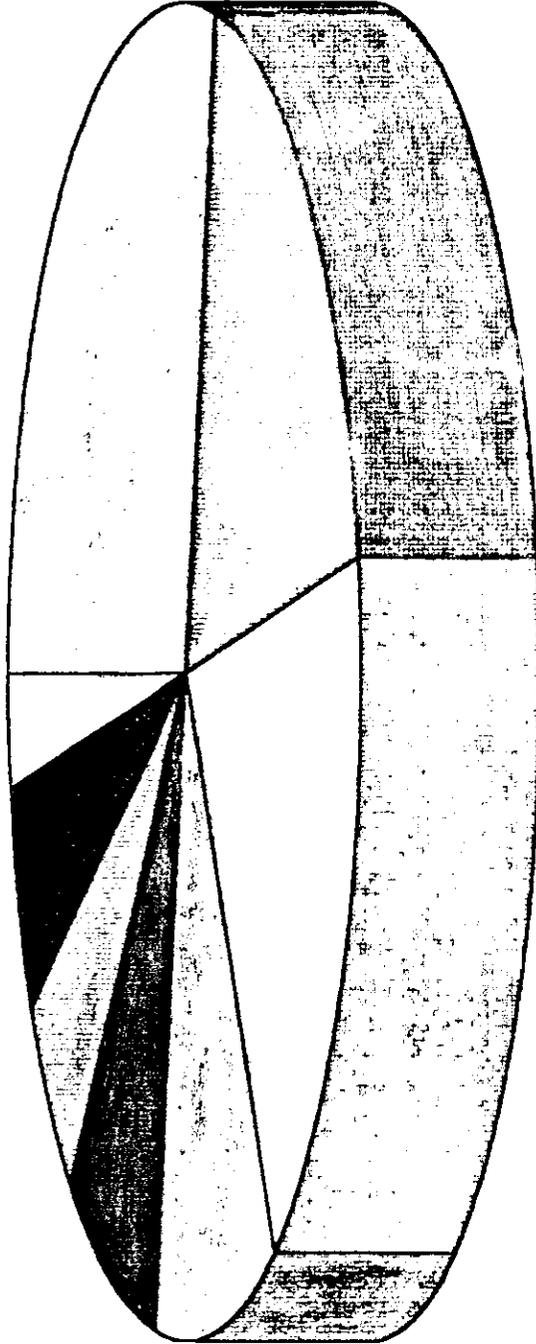
en 9 pacientes el tumor era de entre 9 y 12 cm, en 3 pacientes entre 14 y 15 cm y en 9 pacientes era mayor de 15 cm. (ver cuadro II).

Cuadro II tamaño del tumor.

Tamaño del tumor	Número de pacientes	%
2 a 3 cm	2	5.55%
6 a 8 cm	13	36.11%
9 a 12 cm	9	25%
14 a 15 cm	3	8.33%
más de 15 cm	9	25%

Se observó que en un gran número de pacientes se encontraban ya metástasis a diferentes órganos, en 20 de los 36 pacientes (55.55%), mientras que en los 16 restantes no se observaron metástasis (44.44%), por lo menos macroscópicas durante el procedimiento quirúrgico. 12 pacientes presentaban metástasis a más de un órgano y de estos 6 presentaban carcinomatosis generalizada. Dentro de los órganos mas frecuentemente afectados por las metástasis en orden decreciente tenemos que el páncreas se vio afectado en 7 ocasiones, el hígado y vías biliares en 3 ocasiones, el esófago en 3 ocasiones, el duodeno en 2 ocasiones, el mesocolon en 2. De acuerdo a la clasificación macroscópica de Borrmann tenemos que un pacientes presentaba una tumoración que se encontraba en grado I (2.77%), 3 pacientes en el grado II (8.33%), 12 pacientes en el grado III (33.33%), 13 pacientes en el grado IV (36.11%), 2 pacientes en el grupo V (5.5%), y en 4 pacientes se ignora en que grado se encontraban (11.11%). (ver cuadro III).

Loc. del Tumor gástrico



- Antro y piloro
- Curvatura menor
- Difuso o generalizado
- Fondo Gástrico
- Curvatura mayor
- ▨ Antropilórica y curvatura mayor
- Curvatura mayor y menor
- Cardias

Tamaño del Tumor

□ Tamaño del tumor



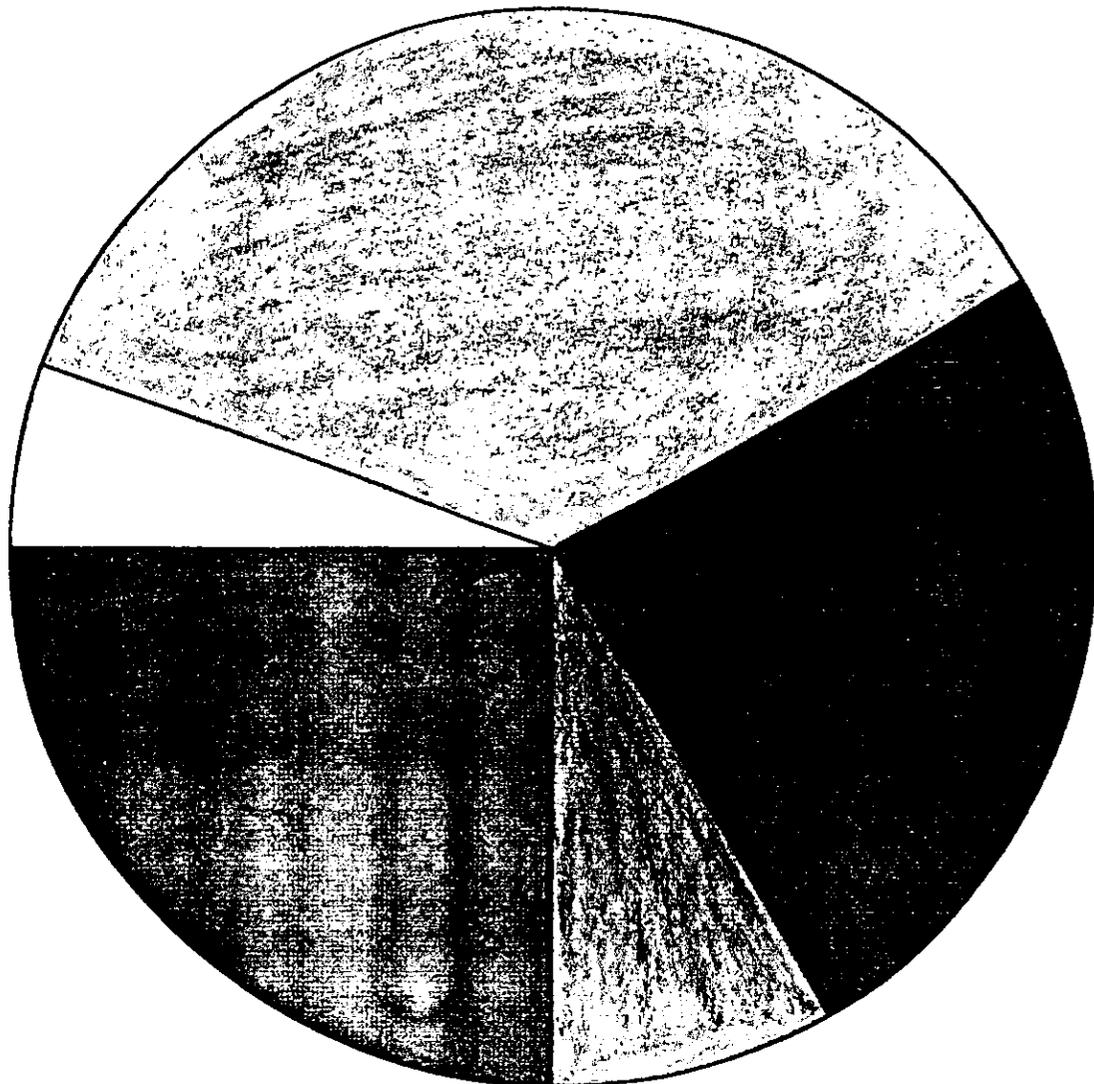
□ 2 a 3 cm

□ 6 a 8 cm

■ 9 a 12 cm

▣ 14 a 15 cm

■ más de 15 cm



Cuadro III clasificación de Borrmann.

Grados	Número de Pacientes	%
I	1	2.75
II	3	8.33
III	12	33.33
IV	13	36.11
V	2	5.55
Desconocido	4	11.11

El reporte histopatológico de los especímenes dio los siguientes resultados: se reportó adenocarcinoma en 30 pacientes que corresponde al 83.33% carcinoma indiferenciado en 2 pacientes que corresponde al 5.55%, linfoma en un paciente, que corresponde al 2.7%, se desconoció la estirpe histológica en 3 pacientes que corresponde al 8.3%. (ver cuadro IV).

Cuadro IV reporte histopatológico.

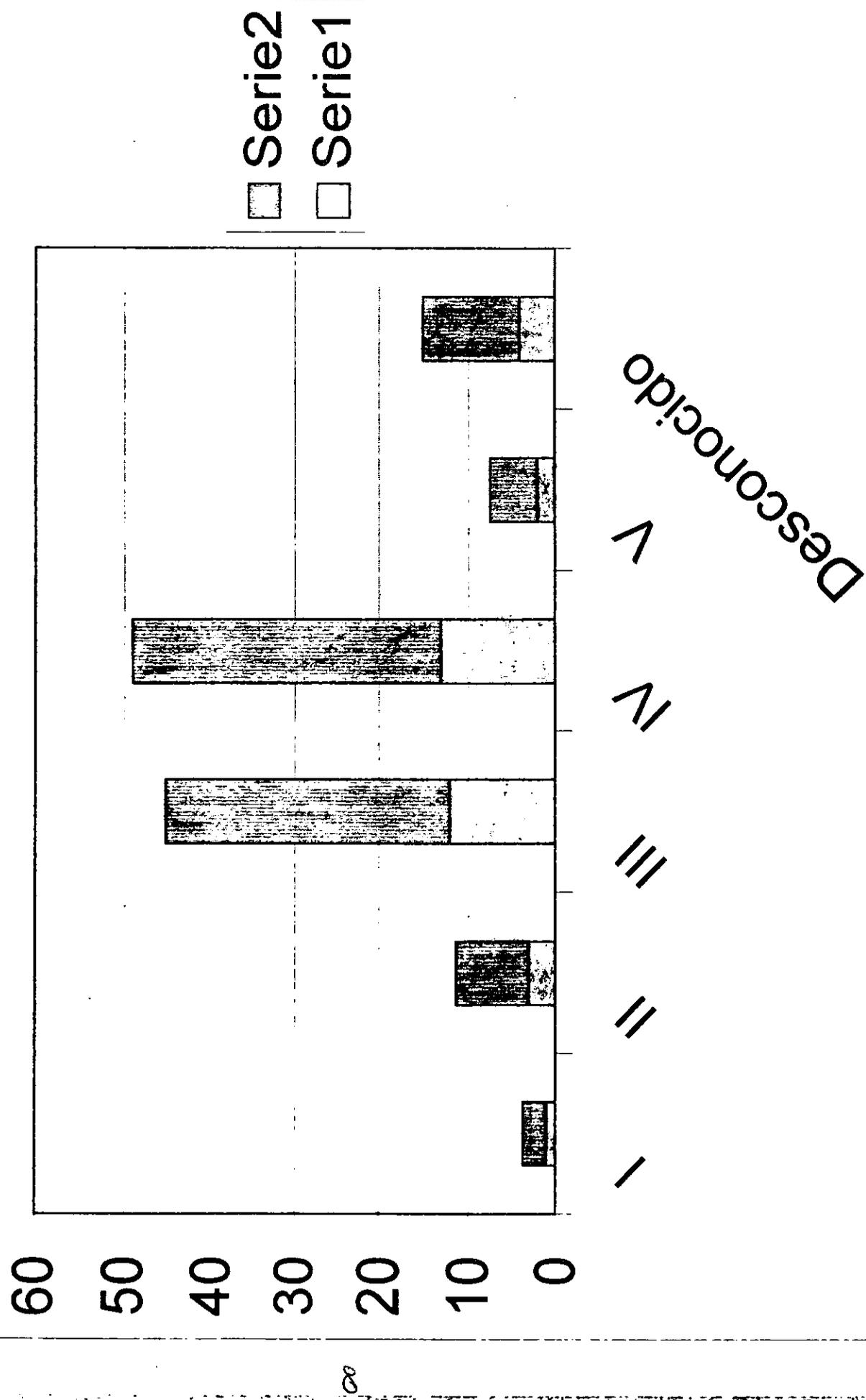
Tipo de tumor	Pacientes	%
Adenocarcinoma	30	83.33 %
Carcinoma indiferenciado	2	5.55 %
Linfoma	1	2.7
Desconocido	3	8.33 %

De acuerdo al grado de diferenciación el adenocarcinoma fue bien diferenciado en 2 pacientes (6.25%), moderadamente diferenciado en 20 pacientes (62.5%) y mal diferenciado en 10 pacientes (31.25%), recordando que los mal diferenciados tienen peor pronóstico. (ver cuadro V).

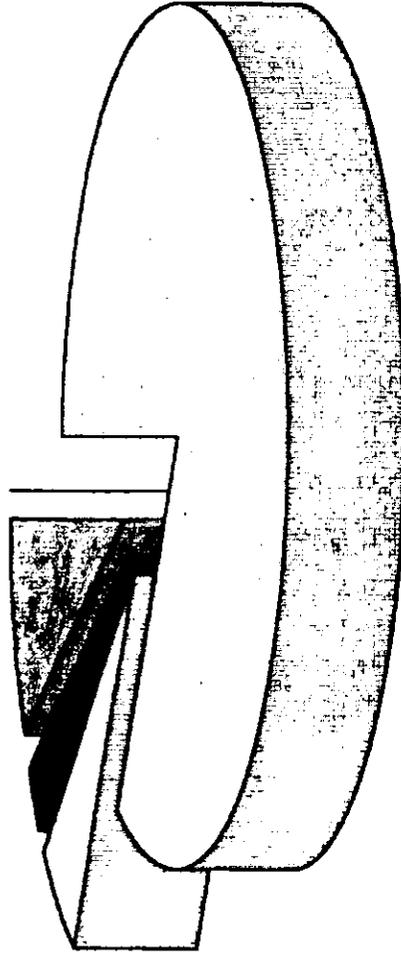
Cuadro V grado de diferenciación del tumor

Grado de Diferenciación	Número de Pacientes	%
Bien diferenciados	2	6.25 %
Moderadamente diferenciados	20	62.5 %
Mal diferenciados	10	31.25 %

Clasificación de Borrmann



Reporte histopatologico



Tipo de tumor



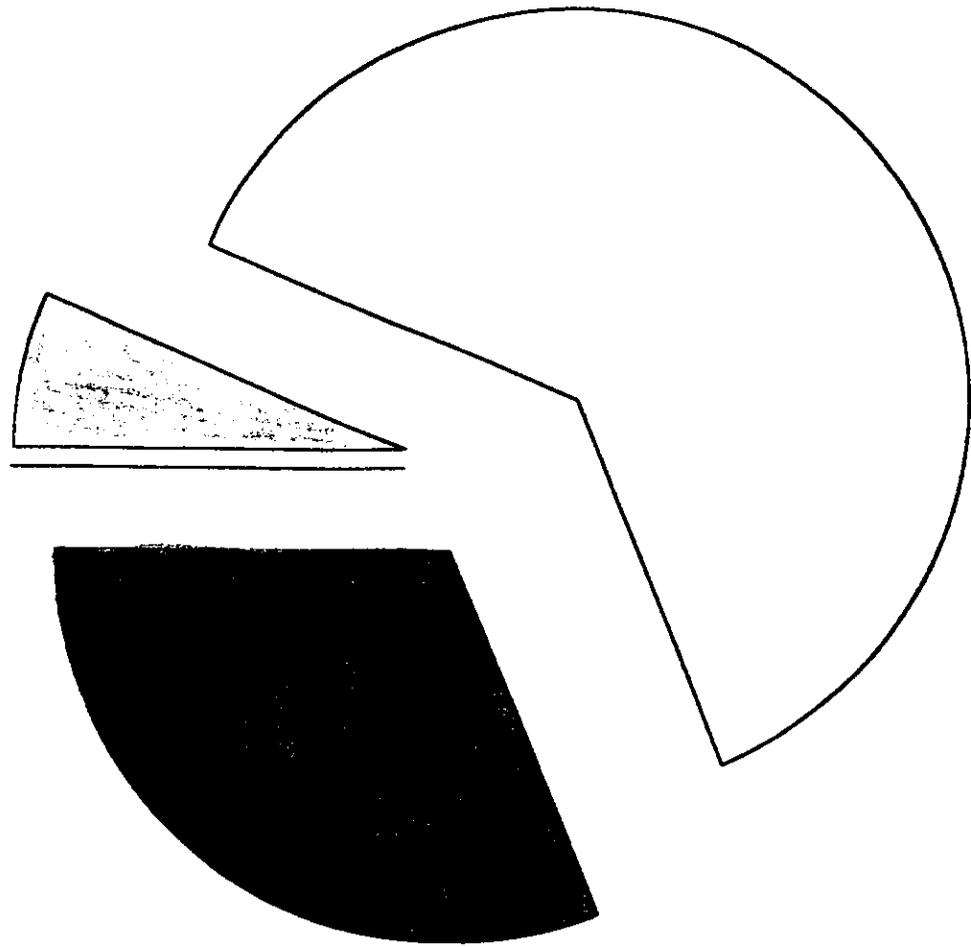
Adenocarcino
ma

Carcinoma
indiferenciado

Linfoma

Desconocido

Grado de diferenciación del tumor



Grado de Diferenciación



Bien diferenciados

Moderadamente diferenciados

Mal diferenciados

Según la clasificación de Lauren tenemos que el tumor fue de tipo intestinal en 16 pacientes (50.9%) difuso en 11 pacientes (34.37%) y 5 pacientes no entraron a ninguna de estas dos clasificaciones. Y corresponden al (15.6%). (ver cuadro VI).

Cuadro VI Clasificación de Lauren

Tipo de tumor	No. De Pacientes	%
Tipo intestinal	16 Pacientes	50 %
Tipo difuso	11 Pacientes	37 %
Desconocido	5 Pacientes	15.62 %

Los diversos procedimientos quirúrgicos a los que fueron sometidos los pacientes se eligieron de acuerdo a diversas variables como localización del tumor, extensión, tamaño, presencia o no de metástasis y de acuerdo al criterio del cirujano.

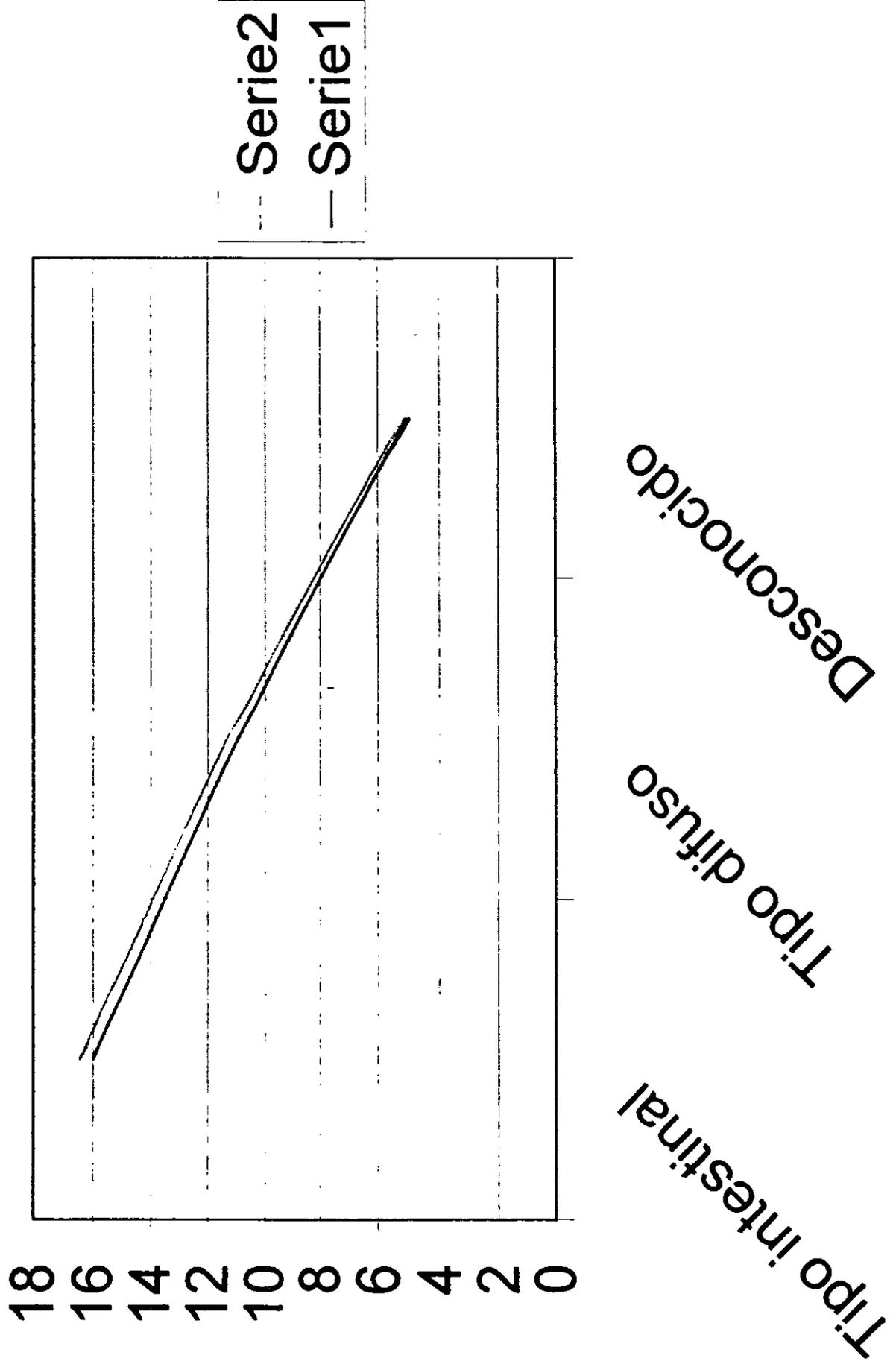
Así tenemos que la gastrectomía total con linfadenectomía se realizó en 9 pacientes de los 36 que equivale a un 25%, la gastrectomía subtotal o parcial se realizó en 14 pacientes que equivale a un 38.88%, la gastrectomía próxima se realizó en 1 paciente que equivale a 2.77%, en 1 paciente más se realizó gastrostomía tipo Stamm que corresponde a un 2.77%, en 3 pacientes se realizó yeyunostomía Witzel que equivale a un 8.33%, en 3 pacientes se realizó gastroyeyunostomía derivativa (8.33%). Todos estos procedimientos paliativos se realizaron con la finalidad de poder nutrir a los pacientes. En 5 pacientes más se realizó solamente laparotomía con toma de biopsia (13.88%), debido a que no fue posible realizar ningún otro procedimiento. (ver cuadro VII).

De los pacientes sometidos a gastrectomía total en dos se realizó pancreatectomía parcial de cuerpo y cola para reseca la metástasis a ese nivel e igualmente 2 pacientes mas fueron sometidos también a colecistectomía ya que no presentaban metástasis en la vesícula biliar y el otro cursaba con un hidrocolecisto.

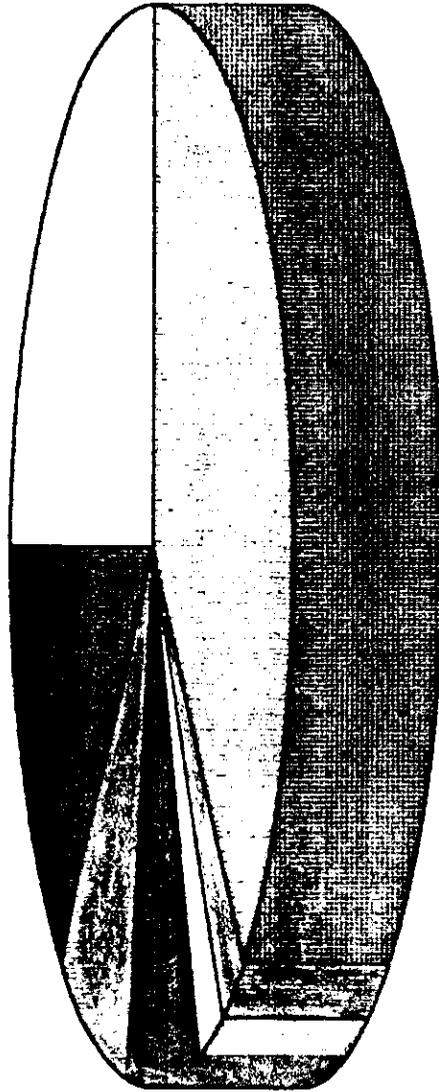
Cuadro VII tipos de procedimientos quirúrgicos.

Tipo de procedimiento	Número de Pacientes	%
Gastrectomía total con linfadenectomía	9	25 %
Gastrectomía parcial o subtotal	14	38.8 %
Gastrectomía proximal	1	2.77 %
Gastrostomía tipo Stamm	1	2.77 %
Yeyunostomía tipo Witzel	3	8.33 %
Gastroyeyunostomía (derivativa)	3	8.33 %
Laparotomía (toma de biopsia)	5	13.88 %

Clasificación de Lauren



Tipos de procedimientos qx.



- Gstrectomia total con linfadeneetomia
- Gastrectomia parcial
- Gastrectomia proximal
- Gastrostomia stamm
- Yeyunostomia tipo Witzel
- Gastroyeyunostomia (derivativa)
- Lapartomia (Toma de biopsia

Los procedimientos quirúrgicos para la reconstrucción gastrointestinal fueron la gastroyeyunoanastomosis (Billroth II) en omega de Braun en 13 pacientes (36.11%) y en Y de Roux en 1 paciente (2.77%), la esofagoyeyunoanastomosis en omega de Braun en 8 pacientes (2.7%), la gastroyeyunostomía derivativa en 3 pacientes (8.33%), la esofagogastranastomosis en 1 paciente (2.77%), y en 9 pacientes no se les realizó ningún procedimiento reconstructivo (25%) ya que solo se les había realizado toma de biopsia gastrostomía o yeyunostomía. (ver cuadro VIII).

Al momento de realizar el estudio de los 36 pacientes 15 de ellos ya habían fallecidos mientras que otros 15 permanecían vivos, y en 6 se desconocía su estado actual por falta de seguimiento.

Cuadro VII Tipos de Reconstrucciones gástricas

Tipos de reconstrucciones	Ptes	%
Gastroyeyunoanastomosis en omega de Braun	13	36 %
Gastroyeyunoanastomosis en Y de Roux	1	2.77 %
Esofagoyeyunoanastomosis en Omega de Braun	8	22.22 %
Esofagoyeyunoanastomosis en Y de Roux	1	2.77 %
Esofagogastranastomosis	1	2.77 %
Gastroyeyunostomía derivativa	3	8.33 %
Ningún procedimiento reconstructivo	9	25 %

De los pacientes fallecidos (ver cuadro IX) 4 eran pacientes que habían sido sometidos a gastrectomía total, 3 a gastrectomía parcial, 3 a yeyunostomía, 1 a gastrostomía, 1 a yeyunostomía y 3 correspondían a pacientes que solo se les había realizado laparotomía exploradora con toma de biopsia por lo extenso del tumor. De este grupo de pacientes fallecidos los que fueron sometidos a yeyunostomía, gastroyeyunostomía, y a los que solo se les realizó biopsia todos fallecieron entre el primero y sexto mes de posoperados, mientras que a un paciente al que se le realizó gastrostomía falleció al año de posoperado. De los pacientes sometidos a gastrectomía 3 fallecieron durante los primeros dos meses de posoperado, otros 3 entre los 6 y 12 meses de posoperados y 1 logró sobrevivir 24 meses después de la Cirugía. De los 15 pacientes que sobrevivieron hasta el momento actual (Ver cuadro X) 5 de ellos son pacientes que se les realizó gastrectomía total, 9 a los que se les realizó gastrectomía parcial y uno que se le realizó gastroyeyunostomía derivativa, la sobrevida de los primero 5 es la siguiente: 1 paciente lleva 12 mese de sobrevida después de la cirugía, 1 mas tiene 22 meses, 2 tienen 30 meses y 1 tiene 36 meses de sobrevida, mientras que de los sometidos a gastrectomía parcial 4 tienen entre 14 y 18 meses de sobrevida, 2 tienen 24 meses y 3 tienen 36 meses, mientras que al paciente al que se le realizó gastroyeyunostomía tiene 30 meses de sobrevida.

Las complicaciones postquirúrgicas que se tuvieron fueron la fistula duodenal en 3 pacientes, neumonía por aspiración en 1 paciente, insuficiencia cardiaca 1 paciente, sepsis abdominal 1 paciente, falla orgánica múltiple 1 paciente. estos 3 últimos pacientes fallecieron durante su internamiento en el primer a segundo mes de posoperado. mientras que de los 3 primeros se recuperaron de la fistula con nutrición parenteral. (ver cuadro XI)

Cuadro XI complicaciones postquirúrgicas

Tipo de complicación	Número de Pacientes	%
Fístula duodenal	3	8.33
Neumonía por aspiración	1	2.77
Insuficiencia cardiaca	1	2.77
Sepsis abdominal	1	2.77
Falla orgánica múltiple	1	2.77

ANALISIS DE RESULTADOS.

De acuerdo a la literatura sobre el cáncer gástrico la incidencia de esta patología es más frecuente en el sexo masculino que en el femenino en una relación de 2 a 1, en este estudio se observó un mayor porcentaje en hombres que mujeres, aunque no es muy significativo ya que solo existe un aumento del 10% en hombres. Con respecto a las edades más frecuentes afectadas se observó un aumento progresivo de la incidencia del cáncer gástrico después de los 35 años de edad, llegando a una máxima incidencia alrededor de los 58 años. Es conveniente hacer mención que se encontró un paciente de 23 años de edad con cáncer gástrico pero que no fue incluido por no cumplir con los criterios de inclusión del estudio, considerando que no es muy frecuente la aparición del cáncer gástrico en personas jóvenes sin embargo no están exentas de padecerlo.

Las localizaciones más frecuentes encontradas del cáncer gástrico en el estómago fue en antro y el píloro, seguido de la curvatura menor tal como se menciona en la literatura en general, sin embargo llama la atención que en hasta un 30 % de los pacientes presentaban una enfermedad generalizada a todo el estómago o invadía a más de una porción de éste. El tamaño de los tumores encontrados variaron desde 2 cm en el más pequeño hasta tumores mayores de 20 cm. La mayor parte de los pacientes presentaban una tumoración mayor de 9 cm de diámetro.

CUADRO IX SOBREVIDA DE PACIENTES FALLECIDOS

MESES	GASTRECTOMIA TOTAL	GASTRECTOMIA PARCIAL	GASTROSTOMIA	YEYUNOSTOMIA	GASTROYEYUNOSTOMIA	BIOPSIA LAP. EXP.
-------	--------------------	----------------------	--------------	--------------	--------------------	-------------------

0-1	2	1		2		1
2-3						
4-5					1	2
6-7		1		1		
8-9	1					
10-11	1					
12-13			1			
14-15						
16-17						
18-19						
20-21						
22-23						
24-25		1				
26-27						
28-29						
30-31						

TOTAL 4 3 1 3 1 3

CUADRO X SOBREVIDA DE PACIENTES VIVOS

MESES	GASTRECTOMIA TOTAL	GASTREC TOMIA PARCIAL	GASTROSTOMIA	YEYUNOS TOMIA	GASTROYEYU NOSTOMIA	BIOPSIA L.A.P. EXP.
0-1						
2-3						
4-5						
6-7						
8-9						
10-11						
12-13	1					
14-15		2				
16-17		1				
18-19		1				
20-21						
22-23	1					
24-25		2				
26-27						
28-29						
30-31	1				1	
32-33	1					
34-35						
36-37	1	3				
TOTAL	5	9			1	

Tipos de reconstrucciones gástricas



□ Gastroyeyunoanastomosis en O. Braun

▨ Gastroyeyunoanastomosis en Y Roux

□ Esofagoyeyunoanastomosis en O. Braun

□ Esofagoyeyunoanastomosis en Y Roux

■ Esofagogastranastomosis

▩ Gastroyeyunostomia derivativa

■ Ningún procedimiento reconstructivo

Seguramente tiene mucho que ver la educación que tienen los pacientes para acudir a los servicios médicos cuando comienzan a presentar la sintomatología ya que en nuestro medio las personas dejan transcurrir mucho tiempo antes de acudir al médico para ser valorados y cuando lo hacen seguramente la enfermedad se encuentra muy avanzada como lo demuestra este estudio, donde encontramos que hasta en un 55% de los pacientes estudiados se encontraban con enfermedad muy avanzada y con metástasis a diversos órganos intraabdominales, siendo el páncreas y el epiplón mayor los órganos más frecuentemente afectados y en un 16% de los pacientes presentaban carcinomatosis generalizada. Histológicamente el adenocarcinoma resultó ser el tumor más frecuentemente encontrado en el 83% de los pacientes, como se menciona en diversos estudios donde se mencionan cifras que van hasta el 95%. Se reportó carcinoma indiferenciado en un 5% y en un 8% no fue posible identificar la estirpe histológica o por lo menos no se encontró reportado en el expediente clínico. De todos los adenocarcinomas la mayoría fueron moderadamente diferenciados y según la clasificación de Laureen se observó que en el 50% fue de tipo intestinal y 34% fue difuso, lo que concuerda con los reportes de diversos estudios que dan cifras similares estos.

Los procedimientos quirúrgicos a que fueron sometidos los pacientes dependieron de las características del tumor, como el tamaño, localización, presencia o ausencia de metástasis y al mismo criterio del cirujano. De todos los pacientes alrededor del 65% fueron sometidos a un procedimiento quirúrgico definitivo, gastrectomía total (25%) gastrectomía parcial (40%), mientras que en los restantes, en la mayoría de los casos por lo diseminado del tumor solo se realizó algún procedimiento de tipo paliativo o derivativo (35%), para poder alimentar al paciente

En un 13% solo se realizó una laparotomía exploradora con toma de biopsia y no se realizó ningún procedimiento más.

De los pacientes sometidos a gastrectomía a 2 se les realizó pancreatectomía parcial de cuerpo y cola por la invasión del tumor a dicho órgano y a dos más se les realizó colecistectomía, uno por hidrocolecisto y otro por invasión tumoral a ese nivel

En todos los pacientes sometidos a gastrectomía total se reconstruyó la vía digestiva a través de esofagoyeyunoanastomosis en omega de Braun en 8 pacientes y en Y de Roux en 1, mientras que a los que se les realizó gastrectomía parcial o total se reconstruyeron con gastroyeyunoanastomosis en omega de Braun en 13 pacientes y en Y de Roux en 1, y en 1 más se realizó esofagogastroanastomosis, en 13 no se realizó ningún procedimiento reconstructivo.

En el momento de realizar el estudio 15 pacientes habían fallecidos y 15 permanecían vivos.

Dentro de los pacientes sometidos a procedimientos paliativos y a los que no se les realizó ningún procedimiento la mayoría fallecieron entre el primero y el sexto mes de posoperados, excepto un paciente que se le realizó cirugía derivativa y que vive después de 32 meses de posoperado y 3 pacientes se desconoce si viven todavía por falta de seguimiento

4 pacientes mas que se les realizó gastrectomía total y a 3 gastrectomía parcial fallecieron entre el primero y octavo mes de posoperados. 3 de ellos por complicaciones postquirúrgicas como sepsis abdominal, falla orgánica múltiple, insuficiencia cardiaca. y los demás por que presentaban enfermedad muy avanzada con metástasis a diferentes órganos.

Dentro de los pacientes que aún viven 5 son pacientes que se les realizó gastrectomía total y que tienen una sobrevida con rango de 12 a 36 meses, mientras que 9 pacientes que se sometieron a gastrectomía parcial están vivos todavía con una sobrevida que oscila entre 14 y 36 meses. Además hay un paciente al que se le realizó gastroyeyunostomía y que ha sobrevivido 32 meses.

Como vemos los pacientes que fueron sometidos a procedimientos quirúrgicos paliativos o a los que no se les pudo realizar algún procedimiento tuvieron una sobrevida mucho menor, en promedio de 3 a 4 meses, mientras que los pacientes que fueron sometidos a gastrectomía y que fallecieron durante los primeros meses después de la cirugía se debió a complicaciones postquirúrgicas. Mencionado también que la muerte temprana de los pacientes que se les hizo cirugía paliativa pudo deberse a lo avanzado de su enfermedad. El número de pacientes fallecidos con gastrectomía total y parcial fue muy similar, mientras que de los pacientes que sobreviven tanto en el grupo que fue sometido a gastrectomía total y parcial el promedio de sobrevida también es muy similar, por lo que ambos procedimientos son óptimos. Lo que sí es una indicación de gastrectomía total si el tumor está muy avanzado para que el paciente tenga mayores oportunidades de sobrevivir.

CONCLUSIONES

El cáncer gástrico sigue siendo una enfermedad mortal si no se diagnostica y se maneja de forma temprana y óptima a través de un procedimiento quirúrgico que garantice la extirpación completa del tumor junto con los ganglios afectados y es muy difícil o casi imposible su curación si existen metástasis a otros órganos de la economía

En este estudio se encontró que el cáncer gástrico es más frecuente en el sexo masculino con una mayor incidencia alrededor de los 50 a 60 años de edad, y así como se reporta en la literatura sobre esta patología el tipo de tumor más frecuente es el adenocarcinoma y cuya localización más frecuente es a nivel del antro y píloro, sin embargo es importante mencionar que en un buen número de pacientes el tumor era demasiado grande y en más de la mitad de ellos se encontraban ya metástasis diversos órganos o hasta carcinomatosis generalizada, esto seguramente por la poca importancia que le da el paciente a la sintomatología al inicio de la enfermedad y deja de ésta forma que progrese la enfermedad hasta un estado crítico. Según los resultados del estudio se observó que tanto la gastrectomía total como la proximal con linfadenectomía son los procedimientos quirúrgicos que pueden salvar la vida del paciente o aumentar la sobrevida de éstos, claro está que en los estadios avanzados ni estos procedimientos pueden ayudar mucho al paciente.

Mientras que los procedimientos quirúrgicos paliativos generalmente no ayudan en mucho a la sobrevida. Por otro lado es frecuente que se presenten complicaciones postquirúrgicas y esto aumente aún más morbimortalidad del paciente.

BIBLIOGRAFIA

1. Hideo Baba et all. Efectiveness of extended lymphadenectomy in noncurative Gastrectomy. The American Journal of surgery. 1995; 169 (1): 261
2. Hideo Baba et all. Effect of lymph node dissection on the prognosis in patients with node-negative early gastric cancer. Surgery. 1994; 117 (2): 165
3. Jin-Pok Kim et all. Results of surgery on 6589 Gastric cancer patients and immunochemosurgery as the best treatment of advanced gastric cancer. Annals of surgery. 1992; 216 (3): 269
4. Maingot, Operaciones abdominales 1992, 8ª. Edición, tomo I. editorial médica panamericana
5. Nyhus/Baker. El dominio de la cirugía. 1994, 6ª reimpresión, tomo II, editorial médica panamericana
6. Reinhard Bittner et all. Total Gastrectomy. Updated operative mortality and long-term survival with particular reference to patients older than 70 year of age. Annals of surgery 1996, 224 (1): 37.
7. Schwartz. Principios de cirugía 1989, 5ª edición, vol. II, editorial interamericana.
8. Shackerford. Cirugía del aparato digestivo. 1993, 3ª edición, tomo II, panamericana
9. Yoshihilo Maehara et all. Lymphatic invasion and potencial for tumor growth and metastasis in patients with gastric cancer. Surgery 1995; 117 (4) : 380
10. Yosuke Adachi. et all. Role of lymph node dissection and splenectomy in node positive gastric carcinoma. Surgery 1994, 116 (5): 837.