

11209

88

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACION

FACULTAD DE MEDICINA

HOSPITAL REGIONAL "LIC ADOLFO LOPEZ MATEOS"
I.S.S.S.T.E

MANEJO QUIRURGICO DEL CANCER GASTRICO
EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL REGIONAL
"LIC ADOLFO LOPEZ MATEOS"
1993-1998

TRABAJO DE INVESTIGACION QUE PRESENTA EL

DR OSCAR REYES ARIAS

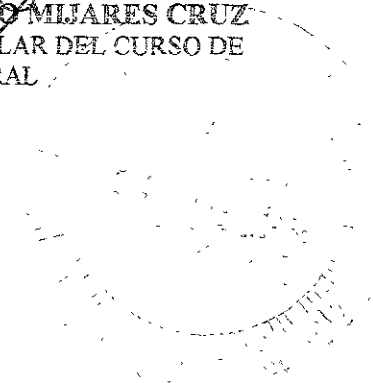
PARA OBTENER EL DIPLOMA EN LA ESPECIALIDAD

CIRUGIA GENERAL

~~DR OSCAR TREJO SOLORZANO
COORDINADOR DE CAPACITACION
DESARROLLO E INVESTIGACION~~

[Signature]
DR GUILLERMO MIJARES CRUZ
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE
CIRUGIA GENERAL

RECIBIDO
SECRETARIA DE SALUD
DIRECCION GENERAL DE POSTGRADO
E INVESTIGACION
MEXICO, D.F.
1998



2000



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.

**MANEJO QUIRURGICO DEL CANCER GASTRICO
EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL REGIONAL
"LIC ADOLFO LOPEZ MATEOS"
1993-1998**

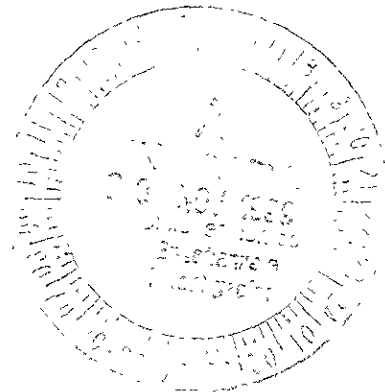
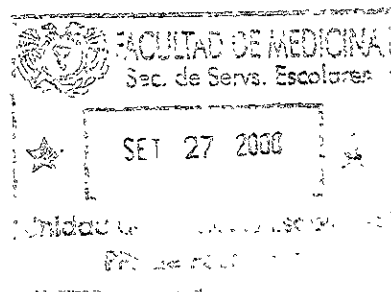
**INVESTIGADOR
DR OSCAR REYES ARIAS**


**DR JOSE GUADALUPE SEVILLA FLORES
ASESOR DE TESIS**


**DR JOSE GUADALUPE SEVILLA FLORES
VOCAL DE INVESTIGACION**


**M.C. HILDA RODRIGUEZ O
JEFE DE INVESTIGACION**


**DR JULIO CESAR DIAZ BECERRA
JEFE DE CAPACITACION Y DESARROLLO**



RESUMEN.

El cáncer gástrico es una patología que se detecta en fases muy avanzadas, de ahí la importancia en su diagnóstico y tratamiento oportuno. El presente estudio revisa la estirpe histológica, más común, sintomatología más frecuente, diagnóstico, tratamiento y sobrevida.

MATERIAL Y METODOS

De enero de 1993 a diciembre de 1998 se obtuvo el registro de 60 pacientes en el servicio de cirugía general en el Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos con el diagnóstico de cáncer gástrico, siendo sometidos a tratamiento quirúrgico. El estudio toma en cuenta historia clínica, laboratorios, estudio endoscópicos con toma de biopsia

RESULTADOS.

De los 60 pacientes estudiados, se encontraron prevalencia del sexo masculino con 42 casos y 18 casos femeninos. Dentro de los signos y síntomas más frecuentes predominó el vómito, dolor abdominal, melena y pérdida de peso. A todos los pacientes se les realizó endoscopia con toma de biopsia encontrándose predominio de adenocarcinoma bien diferenciado en 27 casos, seguida de adenocarcinoma poco diferenciado en 23 casos. De los 60 pacientes, 50 de ellos fueron sometidos a tratamiento quirúrgico, 10 pacientes quedaron fuera de tratamiento quirúrgico siendo manejado con quimioterapia. La sobrevida a 5 años fue del 33.33%.

SUMMARY

Cancer gastric has a poor prognosis, and has not been improved significantly in recent years. The diagnostic are very important in the first stage. At the present study we make a review of which has been the management of cancer gastric in our unit.

MATERIAL Y METHODS.

From January 1993 to December 1998 we collected from medical records, 60 patients in the service of general surgery in Lic. Adolfo López Mateos Regional Hospital, with diagnosis of gastric cancer. We include histopathology, etiology, risk factors, clinical history, laboratory, endoscopic, and surgical treatment, and mortality.

RESULTS.

Of 60 patients, predominance sex male in 42 patients. The risk factor illness. The vomiting, nausea, the pain abdomen were the clinic factors. The histopathology of cancer gastric was the adenocarcinoma poorly differentiated tumors with a poor prognosis in 27 patients, 50 patients were subject to surgical treatment and 10 patients to treatment medical. The mortality was in 33.33%.

INTRODUCCION

Salvo en Japón el cáncer gástrico se detecta en una fase avanzada en el momento del diagnóstico con infiltración más allá de la submucosa e invasión de la pared gástrica, (5, 6, 8).

La primera descripción del cáncer gástrico se atribuye a Avicenna (980-1037).

El primer artículo descrito en 1761 por Morgagni, acerca de las lesiones malignas del estómago, Pean (1879) llevó a cabo la primera resección gástrica por cáncer. En 1881 Billroth realizó la primera resección pilórica exitosa. Y en 1897 Schallater realizó la primera gastrectomía total exitosa.

En 1906, Cuneo publicó la primera descripción detallada del drenaje linfático del estómago, lo que modificó la magnitud de la resección gástrica.

Polya en 1911, describió su gastrectomía parcial, con gastroyeyunostomía término-terminal.

Recientemente se ha renovado el interés por la etiología del cáncer gástrico, su diagnóstico temprano y los resultados a tratamiento médico y quirúrgico.

A pesar de la disminución de la incidencia de cáncer gástrico en los últimos años esta enfermedad todavía es la causa de muerte más común por cáncer gástrico en todo el mundo, la proporción sexual documentada en occidente indica que el cáncer gástrico es dos veces más frecuente en hombres que en mujeres, se observó con mayor frecuencia entre los 50 y 70 años con incidencia máxima alrededor de los 60 años en ambos sexos. En los Estados Unidos y Europa occidental el cáncer gástrico es dos veces más frecuente en los niveles socioeconómicos bajos, se asocia

con diversos grupos ocupacionales como trabajadores de minas de carbón, ceramistas, trabajadores del caucho(1, 8).

El riesgo proporcional de cáncer gástrico en personas con grupo sanguíneo A en comparación con el 0 es de 2:1.(9)

Numerosos investigadores han postulado que la dieta sería un factor principal en la etiología del carcinoma gástrico. Una dieta de alto riesgo es aquella que contiene una escasa cantidad de grasa y proteínas animales, una alta cantidad de carbohidratos complejos, cereales en granos y tubérculos, pocos vegetales de hoja y frutas frescas (sobre todo cítricos) y sal, la incidencia es alta en pacientes que abusan del consumo de alcohol y tabaco.

La infección por *Helicobacter pylori* ha sido asociada con la gastritis atrófica crónica, una lesión inflamatoria precursora de adenocarcinoma gástrico en particular en las mujeres y en raza negra.(8)

La metaplasia incompleta secretora de sulfamucina se observa en asociación de cáncer gástrico y es considerada como probable lesión premaligna, la displasia se considera el precursor usual de la transformación maligna y se observa tanto en el epitelio foveolado normal como en la metaplasia intestinal. Los pólipos gástricos en especial los adenomatosos (38%) se asocian con cáncer gástrico.(1, 8).

Una condición premaligna es un cambio histológico de la mucosa sana que aumenta el riesgo de cáncer. Los cambios intragástricos asociados con el desarrollo de cáncer son gastritis atrófica, metaplasia intestinal y pólipos gástricos(2)(3)(4)(5)(8)

El cáncer gástrico generalmente es asintomático hasta que la enfermedad se encuentra avanzada, los síntomas son inespecíficos y son determinados, en parte por la localización del tumor, cerca del 85% son adenocarcinoma mientras que el 15%

estante son linfomas y leiomiocarcinoma (5). los adenocarcinomas gástricos pueden subdividirse en dos grupos : un tipo difuso en el cual no existe cohesión celular de forma que las células aisladas infiltran y engruesan la pared del estómago sin formar una masa discreta y un tipo intestinal que se caracteriza por células neoplásicas cohesivas que forman estructuras tubulares análogas a glándulas. El tercio proximal dan lugar al 30%, el tercio medio son el 20%, el 13% es del tercio distal.(1)

El pronóstico depende del aspecto patológico , el sitio del tumor y el grado de invasión local, además de los rasgos histológicos. Hace 50 años ,el patólogo alemán Bormann clasificó al carcinoma en cinco tipos según el aspecto macroscópico.(1) (7)

Dado que el estómago no es un órgano vital para la supervivencia normal , la cirugía es la única opción curativa. Es necesario proceder a un diagnóstico y a una estadificación preoperatorios pero la laparotomía debe ser considerada como requisito esencial para adoptar cualquier decisión acerca de la operabilidad del tumor. La resección curativa sólo debe intentarse en tumores limitados al estómago y los ganglios linfáticos vecinos.(2)(7)(9).

El tamaño es un factor importante los tumores de menos de 4 cm de diámetro máximo se asocian con mejor pronóstico, el 80% de los pacientes con carcinoma de menos de 2 cm de diámetro sobreviven a 5 años.(3)

Si bien la cirugía es la única modalidad terapéutica curativa en pacientes con carcinoma gástrico, la quimioterapia puede ser muy beneficiosa, dado que los regímenes de quimioterapia puede multidroga se documentaron índices de respuesta del 40 al 50%.(6)

El propósito de este estudio es determinar los diversos tratamiento quirúrgicos realizados en pacientes con cáncer gástrico ingresados en el hospital regional lic.Adolfo López Mateos.

MATERIAL Y METODOS

De enero de 1993 a diciembre de 1998, en el servicio de cirugía general, se efectuó un estudio clínico descriptivo retrospectivo, observaciones y abierto con un periodo de seguimiento de 12 a 60 meses.

Se incluyeron todos los pacientes adultos con diagnóstico de cáncer gástrico con estudios completos se excluyeron pacientes con cáncer gástrico metastásico. No se eliminó ningún paciente.

Se efectuó revisión de historia clínica y se analizó sexo, edad, antecedentes heredo-familiares de cáncer gástrico, antecedentes de tabaquismo, alcoholismo, enfermedad ácido péptica.

Se tomaron en cuenta síntomas tales como dolor epigástrico, astenia, adinamia, hiporexia, náusea, vómitos, hematemesis, melena, pérdida de peso, así como signos vitales como tensión arterial, frecuencia cardíaca y frecuencia respiratoria.

A todos los pacientes se les realizó BH, QS, ES, marcadores tumorales; así como toma de biopsias de tejido gástrico.

Se analizaron los diversos tratamientos quirúrgicos así como la sobrevida de dichos pacientes a 5 años.

Se efectuaron medidas de tendencia central y dispersión así como porcentajes.

RESULTADOS

Se realizó un estudio en 60 pacientes con cáncer gástrico encontrándose 42(70%) pacientes del sexo masculino y 18(30%) del sexo femenino (fig 1), se encontraron 3(5%) pacientes con carga genética para cáncer gástrico(fig. 2).

El alcoholismo se observó en 28(46.6%) pacientes (fig 3), mientras que el tabaquismo se presentó en 31 (51%) pacientes. (fig 4). La enfermedad ácido péptica en 18(30%) pacientes (fig 5), dentro de los signos y síntomas se observó que predominó el vómito postprandial en 47 pacientes, dolor abdominal en 45 (75%), melena en 42(70%) pacientes, como síntomas principales, Fig (6), la pérdida de peso se presentó en 39(65%) pacientes así como náusea en 36 pacientes, hiporexia en 23(38.3%) pacientes fig (7), otros signos y síntomas menos frecuentes fueron vómitos en pozos de café 15(25%) paciente, astenia y adinamia 14(22%) pacientes; distensión abdominal 18(30%) pacientes, hematemesis 3 (5%) y anemia en 5 (8.3%) pacientes fig (8 , 9).

A todos los pacientes se les realizó endoscopia encontrándose de acuerdo a la clasificación de Borrmann para neoplasias gástricas 30(50%) pacientes con estadio I, 18(30%) en estadio II, y 12 (20%) en estadio III. (Fig 10)

Todos los pacientes tuvieron reportes histopatológicos de las lesiones sospechosas encontrándose 27(45%) casos de adenocarcinoma bien diferenciado, 23(38.3%) poco diferenciado, 6 (10%) en anillo de sello, y 4 (6.6%) mal diferenciado(fig 11).

Dentro del tratamiento quirúrgico 50 casos fueron sometidos a tratamiento quirúrgico de los cuales 23(36.6%) fueron gastrectomias subtotales, 15(25%) gastrectomía total ampliada, 7(11.6%) gastroyeyunoanastomosis y gastrectomía totales

los 10(16.6%) pacientes restantes quedaron fuera del tratamiento quirúrgico siendo realizado sólo gastrostomía en 2 casos y yeyunostomía en 8 casos (fig 12). 23 (38.3%)pacientes recibieron tratamiento con quimioterapia (Fig 13).

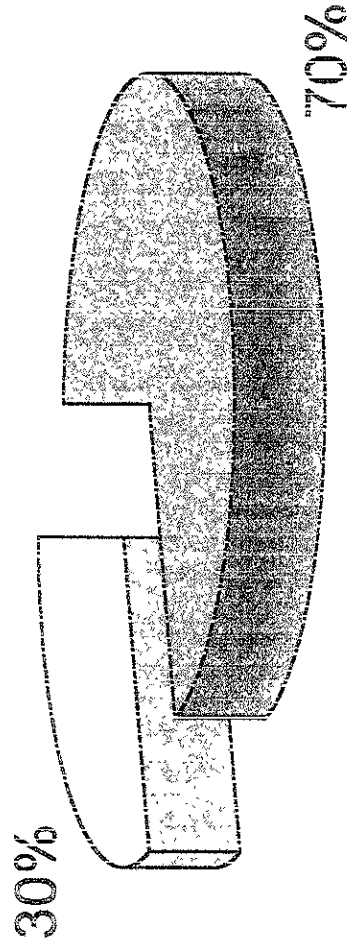
Actualmente sobreviven 20 de los 60 casos estudiados.

Actualmente se realiza seguimiento a 20 pacientes (33.3%), un tercio con fallecimientos, y el otro tercio se desconoce información no existiendo registro de defunción en los expedientes revisados.

CONCLUSIONES

1. En nuestro medio continua prevalenciando en el sexo masculino.
2. El 80% de nuestros pacientes presenta sintomatología ácido péptica inespecífica.
3. El estudio endoscopico permite detección del 50% en fases tempranas en aquellos que clínicamente se tiene la sospecha.
4. La sospecha diagnostica aunada a la tecnología actual debe permitir el diagnostico temprano y la resolución quirúrgica que favorezca la expectativa y calidad de vida
5. El manejo quirúrgico de estos pacientes mejora la expectativa y calidad de vida.

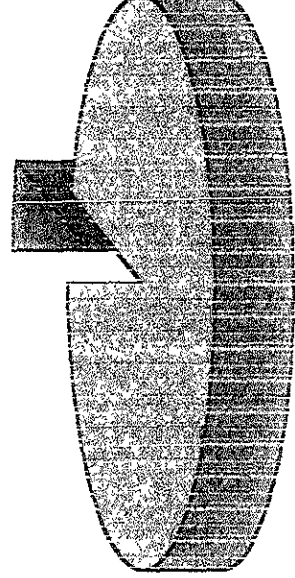
CANCER GASTRICO



masc
 fem

ANTECEDENTES ONCOLOGICOS HEREDITARIOS

5%



95%

■ SI
□ NO

Fig 2

ALCOHOLISMO

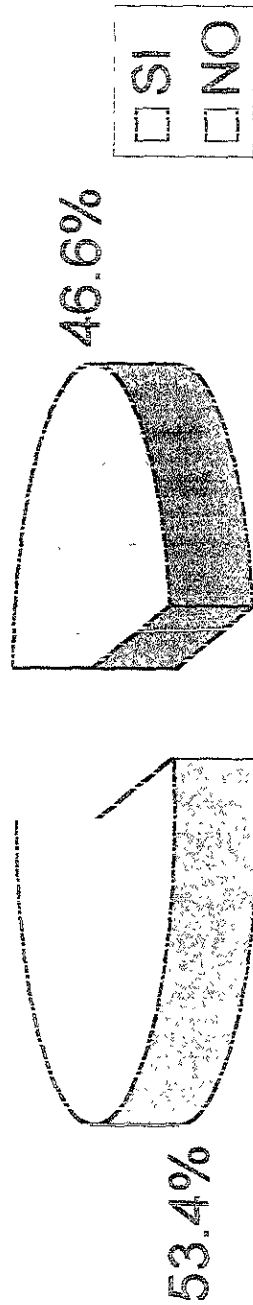


Fig 3

TABAQUISMO

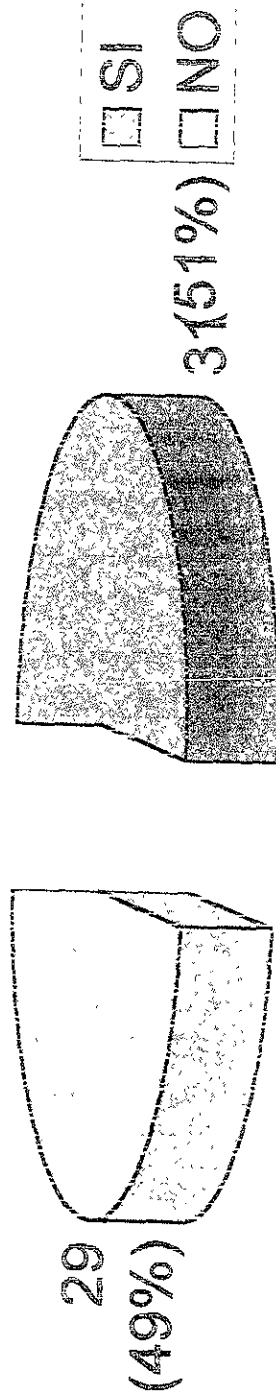


Fig 4

ENFERMEDAD ACIDO PEPTICA

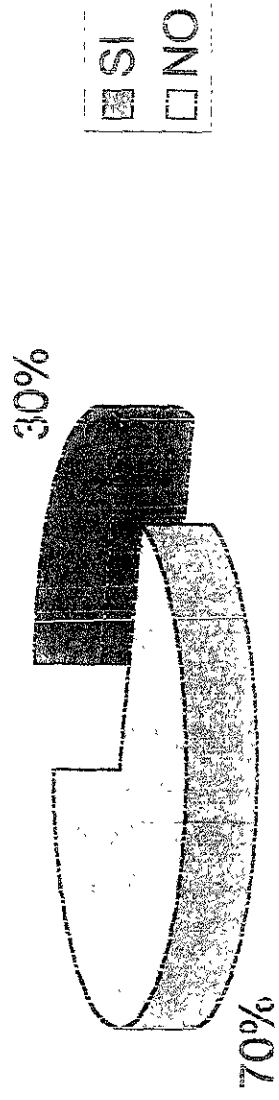


Fig 5

DATOS CLINICOS

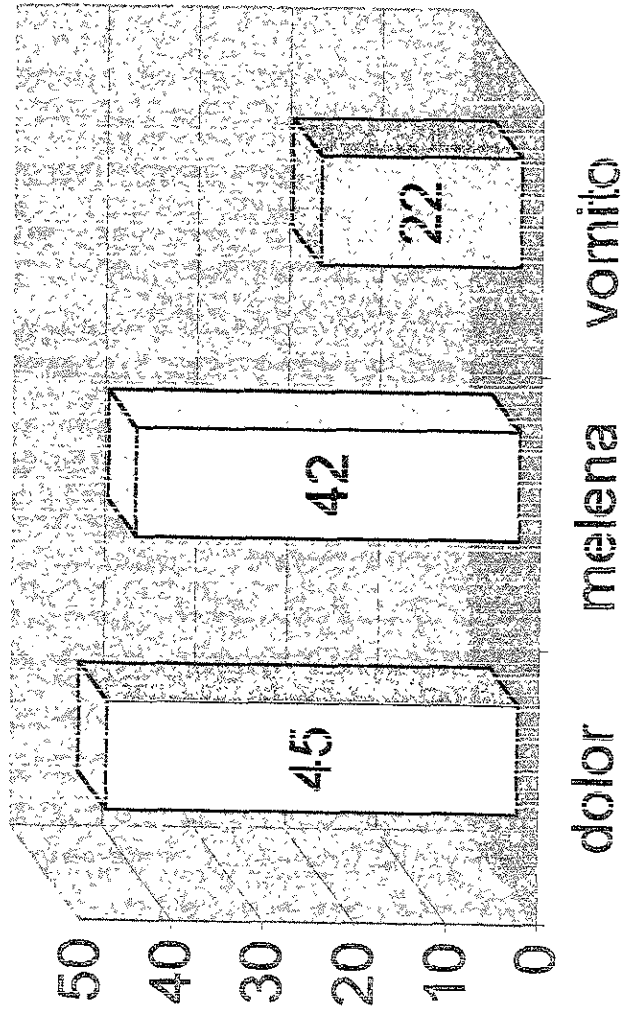


Fig 6

DATOS CLINICOS

- nausea
- hiporexia
- perdida peso

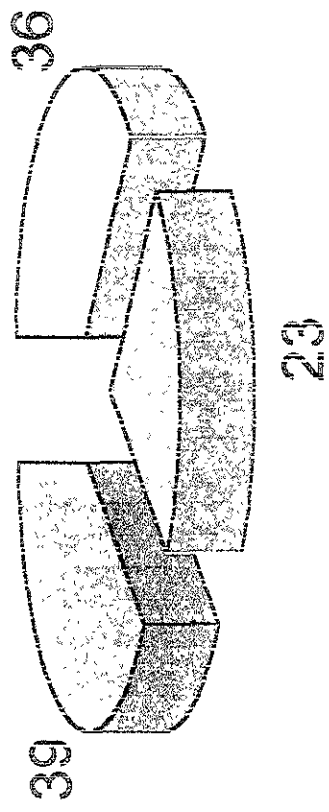
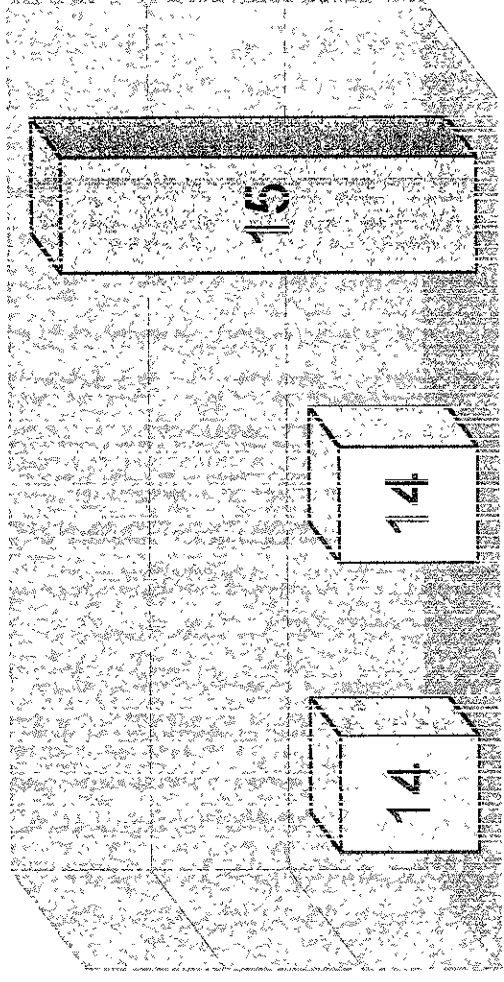


Fig 7

DATOS CLINICOS



astenia adinamia v.pozos

Serie1

14

14

15

Fig 8

DATOS CLINICOS

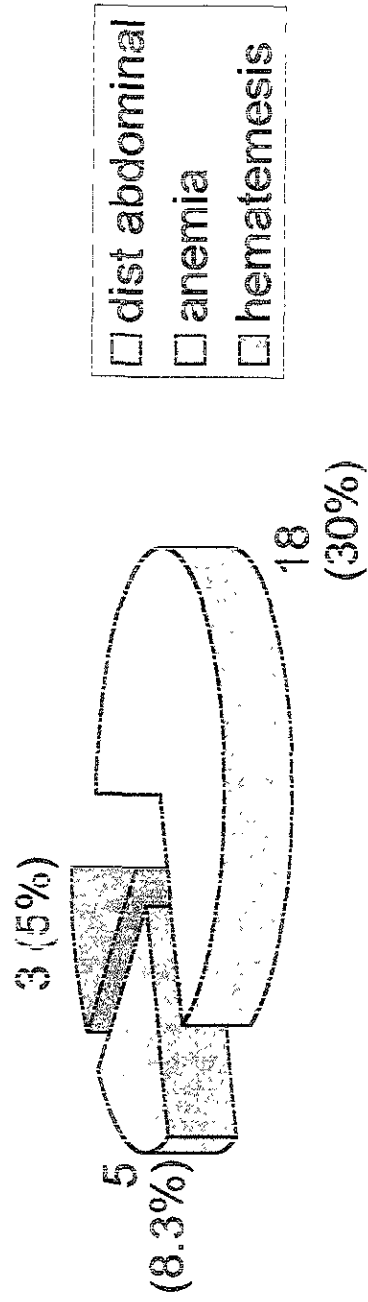


Fig 9

BORRMANN

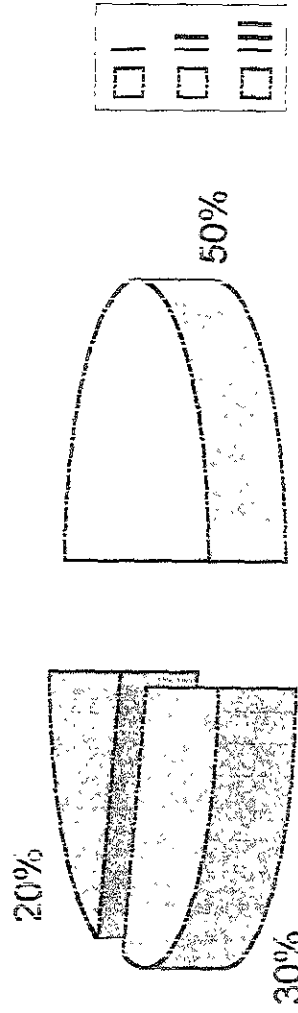


Fig 10

BIOPSIA ADENOCARCINOMA

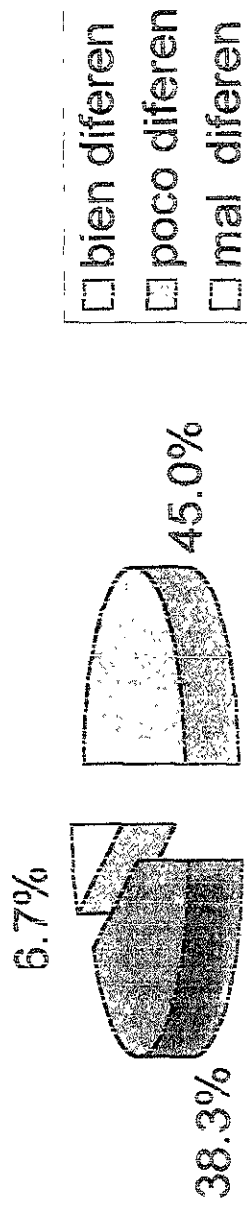


Fig 11

TRATAMIENTO QUIRURGICO

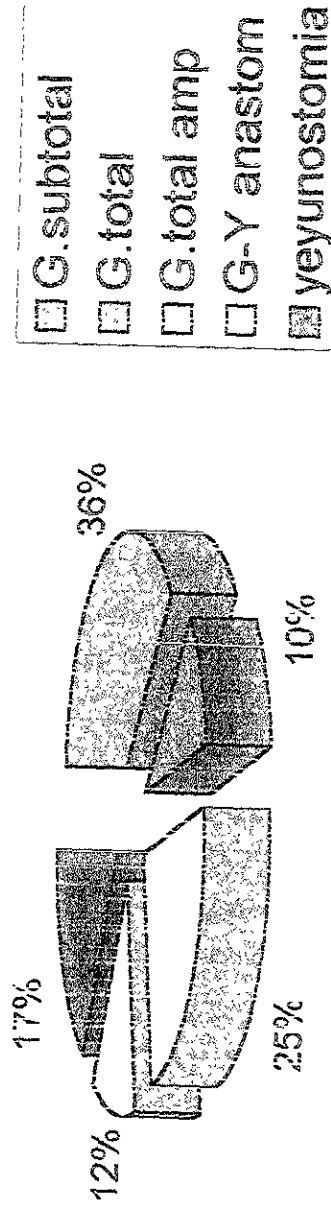
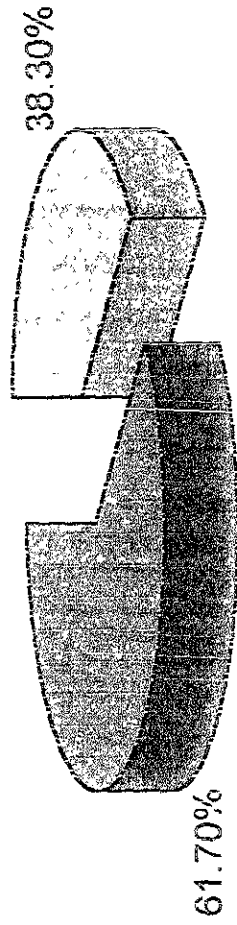


Fig 12

QUIMIOTERAPIA



SI
NO

Fig 13

ST. JOHN'S HOSPITAL
3101 W. 13th Ave
DENVER, CO 80202

BIBLIOGRAFIA

1. Allager M.M. Heiss m and Schilberg Prognostic factor in Gastric Cancer
British Journal of Surgery 01997 Vol 84, 1651-1664.
2. Katano m. Nakamura. M Fujimoto k. et al Prognostic Value of Platelet derived
growth factor -A (PDGF-A) in gastric carcinoma, Annals of Surgery .march
1998 Vol 227, N. 3 , 365-371.
3. Higham A. Dimaline R . Varrol a. et al. Oerotide Supression test predicts
beneficial out come from antrectomy in patientes with gastric carcinoid tumor.
Gastrocenterology 1998 Vol 114, 817 -822.
4. Smith A.. watson s.a. caplin m. et al gastric carcinoid expresses the gastrin
Autoerine Pathway. British Journal of Surgery 1998 vol 85 1285-1289
5. Songur Y. Okai,t. Watanabe H. Preoperative diagnosis of mucinous gastric
adenocarcinoma by endoscopic ultrasonography. the american journal of
gastroenterology. august 1996 vol 91 n8 1586-1590.
6. Wansik Yu Iiwoo. Whang I. suh et al Prospective randomized trial of early
postoperative intraperitoncal chemotherapy as an adjuvant to resectable Gastric
Cancer Annals of Surgery September. 1998.Vol 228 N 3 347-354.
7. Siewert J. Bottcher K. Stein J. Roder et al relevant prognostic factors in Gastric
Cancer Annals of Surgery oct 1998 vol 228 449-461.
8. Watanabe T . Tada M. Nagai H. Helicobacter pilori infection induces Gastric
Cancer in Mongolian gerbills the American Gastrocenterology September 1998
Vol 115 642-648.
9. Nakane Y. Okumura S Akchira Jejunal Pouch Reconstruction After total
Gastrectomy for Cancer Annals of Surgery Jul. 1995 Vol 222 27-35.