

11201



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS SUPERIORES

SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA DEL ESTADO DE SONORA

HOSPITAL GENERAL DEL ESTADO DE SONORA

DEPARTAMENTO DE PATOLOGÍA

**ESTADÍSTICAS DESCRIPTIVAS DEL CÁNCER
GÁSTRICO EN PACIENTES DEL
HOSPITAL GENERAL DEL ESTADO**

TESIS

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE LA ESPECIALIDAD
EN ANATOMÍA PATOLÓGICA
PRESENTA

DRA. MARÍA LUDIVINA FAVELA FAVELA

ASESOR

DR. ROBERTO DE LEÓN CABALLERO

Hermosillo, Sonora, Febrero del 2004





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.

HOSPITAL GENERAL DEL ESTADO

TESIS: ESTADÍSTICAS DESCRIPTIVAS DEL CÁNCER GÁSTRICO
EN PACIENTES DEL HOSPITAL GENERAL DEL ESTADO.



Dr. Roberto de León Caballero
Jefe del departamento de Patología y
Profesor titular del curso de Anatomía Patológica.
Asesor de Tesis.



SUBDIVISIÓN DE ESPECIALIZACIÓN
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.



Dr. Jorge I. Cardoza Amador
Coordinador de Investigación del Hospital General



AGRADECIMIENTOS

Gracias A Mi Maestro Dr. Roberto De León Caballero

Gracias Al Personal Del Departamento De Patología

Gracias Al Hospital General Del Estado De Sonora

“MI ETERNO Y SINCERO AGRADECIMIENTO”

DRA MARIA LUDIVINA FAVELA FAVELA

INDICE

Introducción.....	1
Material y métodos.....	2
Resultados.....	3
Discusión.....	8
Conclusiones.....	15
Bibliografía.....	16

INTRODUCCION

El carcinoma gástrico es una enfermedad insidiosa, generalmente asintomática hasta una fase tardía. Los síntomas son pérdida de peso ,dolor abdominal, anorexia, vómitos , cambios en el ritmo intestinal, y menos frecuente disfagia, síntomas anémicos y hemorragia. Dado que todos ellos son esencia, inespecíficos, la detección precoz del cáncer gástrico es difícil (12).

En el año de 1998 en el departamento de patología se estudiaron más carcinomas gástricos ,que los reportados en 1994.

En el registro histopatológico de neoplasias malignas en México, de 1993 a 1997 se encontraron 63,291 tumores malignos que afectaron a hombres entre los 15 y 64 años, el cáncer gástrico ocupó el 4to. lugar con el 6.6%. En mujeres hubo 158,006 tumores malignos, entre los cuales el gástrico ocupó el 8º lugar con el 2.2%(4)

Con referencia al tumor, es importante desde el punto de vista epidemiológico utilizar la clasificación de Lauren (6,7,8,9) ya que se conoce que el tipo intestinal es más frecuente en países de alto riesgo y afecta a hombres en mayor proporción. El tipo difuso es de mal pronóstico(5) ; Debemos considerar que en algunas revisiones de cáncer gástrico(2) se menciona que los tipos histológicos no son puros y que pueden estar combinados hasta el 42.4% , en esos casos se clasificará de acuerdo con el patrón predominante y habrá casos que no se pueden clasificar.

En un estudio alemán sobre cáncer gástrico(10), se obtuvo sobrevida de 5 años en el 32.4% de pacientes avanzados con metástasis linfáticas.

En la literatura Japonesa se reporta sobrevida de 70.6% en cáncer gástrico avanzado sin metástasis linfáticas.(9)

MATERIAL Y METODOS

Se revisó el archivo de Patología de 1994-1998 del Hospital General del Estado de Sonora para determinar el número de casos con el diagnóstico de cáncer gástrico y comparar el lugar que ocupa entre el total de tumores malignos .

El estudio se hizo con los siguientes criterios de inclusión: que se tuviera estudio histopatológico de biopsia, pieza quirúrgica o de autopsia con diagnóstico de carcinoma gástrico y laminillas localizables para su revisión .

Del reporte de Patología se registró el sexo, edad, sitio anatómico, tamaño del mismo, variedades histológicas.

En el diagnóstico histopatológicos se utilizó la clasificación de Lauren .

RESULTADOS.

En el Departamento de Patología del H.G.E. en el período correspondiente a los años 1994-1998 y se estudiaron 9286 piezas quirúrgicas y 152 autopsias. Se diagnosticaron 74 carcinomas gástricos de los cuales 65 correspondieron a biopsias, 7 a gastrectomías, y dos casos de autopsia.

Dentro del total de tumores malignos en el H.G.E. el cáncer gástrico ocupó el 5º. lugar. En hombres fue el tercero y el quinto en mujeres. (cuadro 1).

La incidencia por edad y sexo correspondió a 60 hombres y 14 mujeres con una tasa de 4.28 . (Gráfica 1).

El paciente más joven correspondió a una mujer de 30 años y el mas viejo a un hombre de 91 años. La mayoría de los pacientes tenían entre 55 a 69 años . (Gráfica 2).

El sitio de donde fueron tomadas las biopsias correspondieron al antro gástrico con un total de 39, región prepilórica 7, curvatura menor y curvatura mayor 6 cada una, anastomosis gastrointestinal 4, cuerpo 3 y fondo 2 casos . (Gráfica 3)

Se realizaron 7 gastrectomías, de las cuales 4 fueron totales y 3 subtotaes.

TUMORES MALIGNOS MAS FRECUENTES

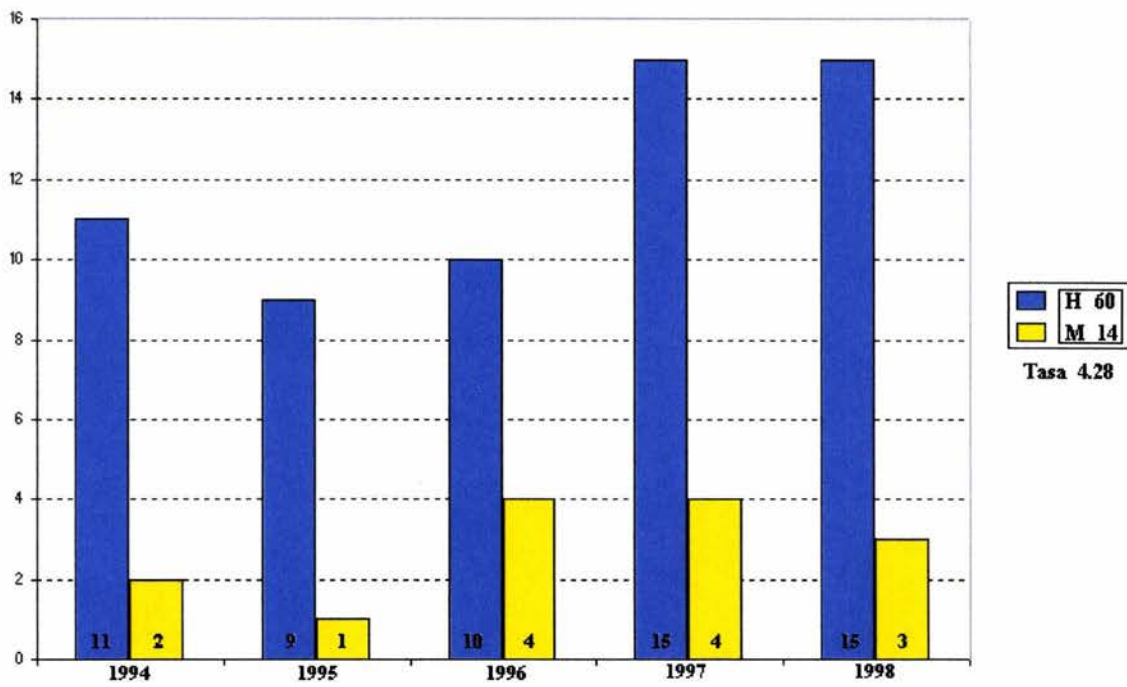
CUADRO 1

	1994	1995	1996	1997	1998	Total
PIEL	34=13.7%	43=20.4%	32=16.6%	37=15.3%	32=16.9%	178=82.9%
PRÓSTATA	14=5.6%	24=11.45%	13=6.7%	33=13.6%	19=10.0%	103=47.3%
MAMA	28=11.3%	16=7.6%	24=12.5%	16=6.6%	15=7.9%	99=45.9%
ÚTERO	35=14.1%	9=4.2%	26=13.5%	3=1.2%	3=1.5%	76=34.5%
INVASOR						
ESTOMAGO	13=5.2%	10=4.7%	14=7.2%	19=7.8%	18=9.5%	74=34.4%
COLON	5=2.0%	13=6.1%	15=7.8%	7=2.9%	18=9.5%	58=28.3%
TEJIDOS	20=8.0%	7=3.3%	21=10.9%	6=2.4%	4=2.1%	58=26.7%
BLANDOS						
ÚTERO IN-	25=10.1%	3=1.4%	11=5.7%	0	0	39=68.5%
SITU						
SNC	7=2.8%	5=2.3%	1=0.5%	4=1.6%	6=3.1%	23=10.3%
Y OTROS						
CON						
TOTAL						
ANUAL	247	210	192	241	189	1079

Fuente: Dpto. de Patología H.G.E Sonora.

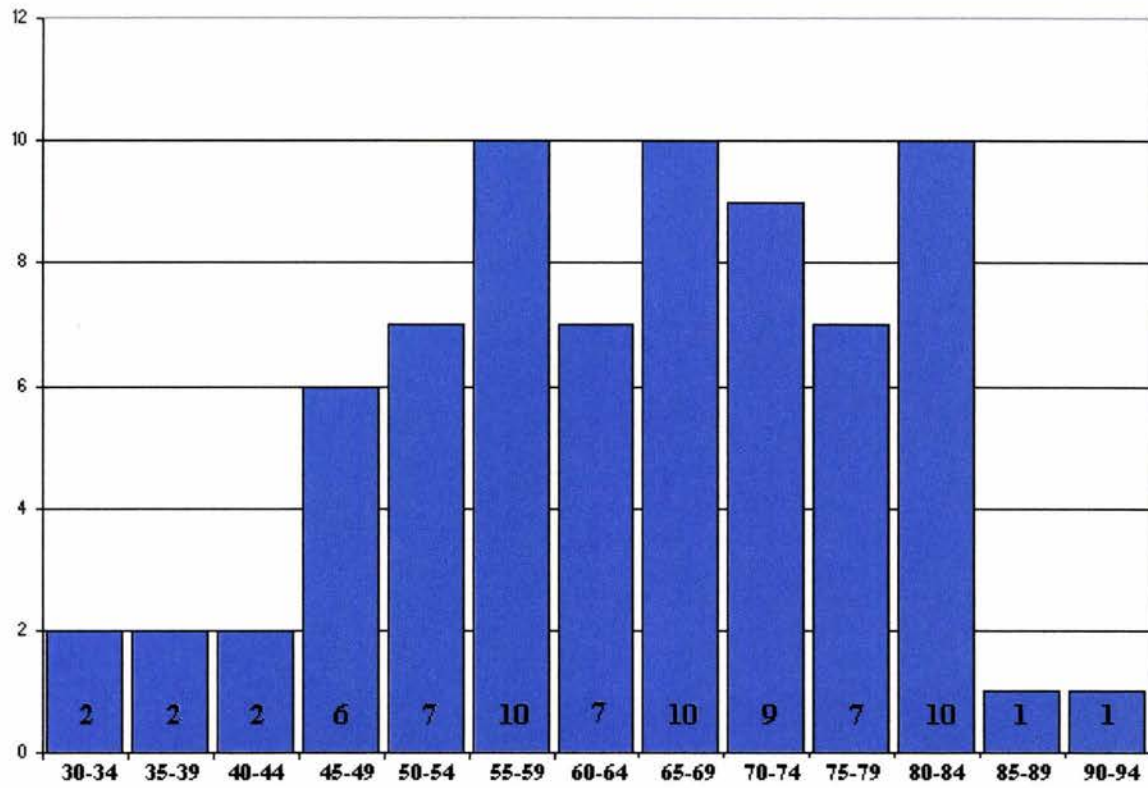
GRAFICA 1

DISTRIBUCIÓN ANUAL POR SEXO



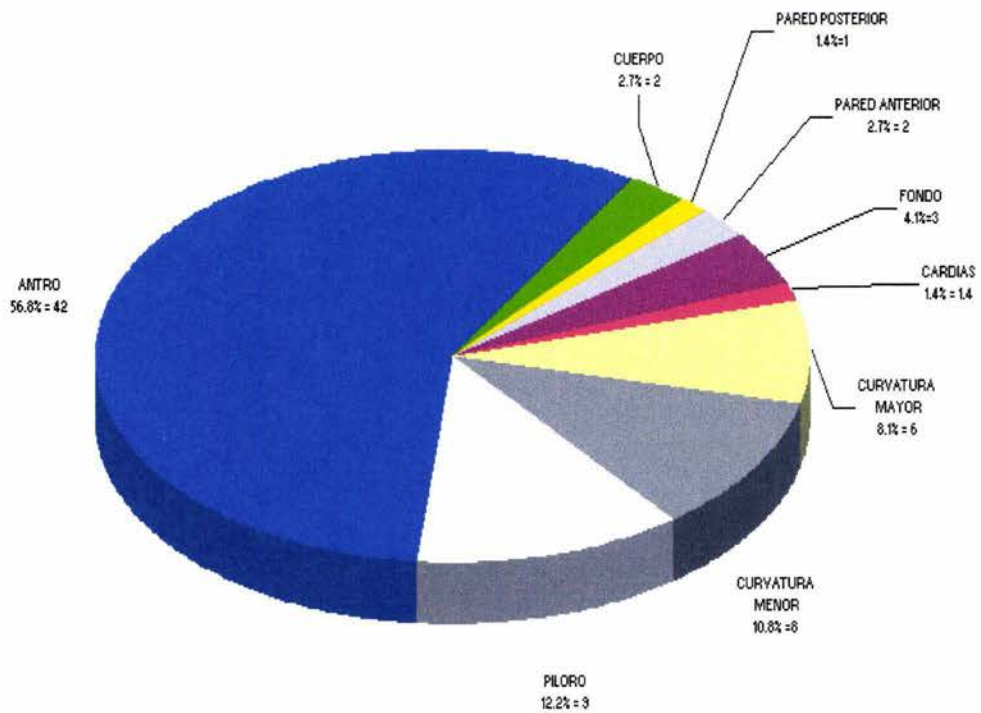
Fuente: Dpto. de Patología H.G.E Sonora.

GRAFICA 2
GRUPOS DE EDAD



Fuente: Dpto. de Patología H.G.E Sonora.

GRAFICA 3 LOCALIZACIÓN DEL CÁNCER



Fuente: Dpto. de Patología H.G.E Sonora.

En la mayoría de los casos el tumor se describió como zonas ulceradas, un caso con engrosamiento irregular de la pared gástrica, uno fungoso y uno polipoide. (Fig.1,2, Y 3)

De acuerdo a la clasificación de Lauren se encontró que el tipo intestinal predominó ya que se encontraron 43 casos y del tipo difuso hubo 31 . En los combinados el diagnóstico se hizo considerando el patrón predominante. (Gráfica 4) (Fig. 4 Y 5)

34 de los pacientes al recibir el resultado del estudio histopatológico no volvieron a este Hospital se desconoce el motivo. De los 74 casos reportados como carcinoma gástrico sólo se encontraron 50 expedientes de los cuales únicamente se conoce el historial en 10 de ellos , quienes estuvieron internados y fallecieron en el Hospital a uno de ellos se le realizó gastrectomía y falleció en 24 hrs otro de los pacientes solo se le realizó laparatomía exploradora y falleció a los 104 días

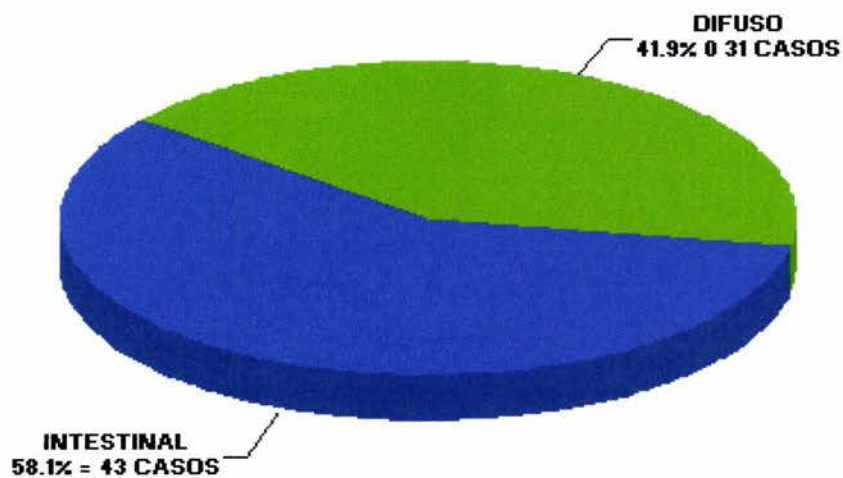
Las metástasis a distancia se encontraron en cuatro pacientes y éstas se localizaron en epiplón y en el hígado .

Tomando en cuenta el grado de diferenciación histológica se reportaron : G1 45 casos; G2 17; G3 10 y G4 únicamente 2.

DISCUSION:

Nuestro estudio demuestra que el cáncer gástrico afecta de manera importante a nuestros pacientes, ocupando el tercer lugar en frecuencia en hombres y el quinto en mujeres. Además se ha observado un aumento en su incidencia lo cual va de acuerdo con el aumento de la morbilidad en el Estado (Cuadro núm. 2).

GRAFICA 4 TIPO HISTOLÓGICO



Fuente: Dpto. de Patología H.G.E Sonora.

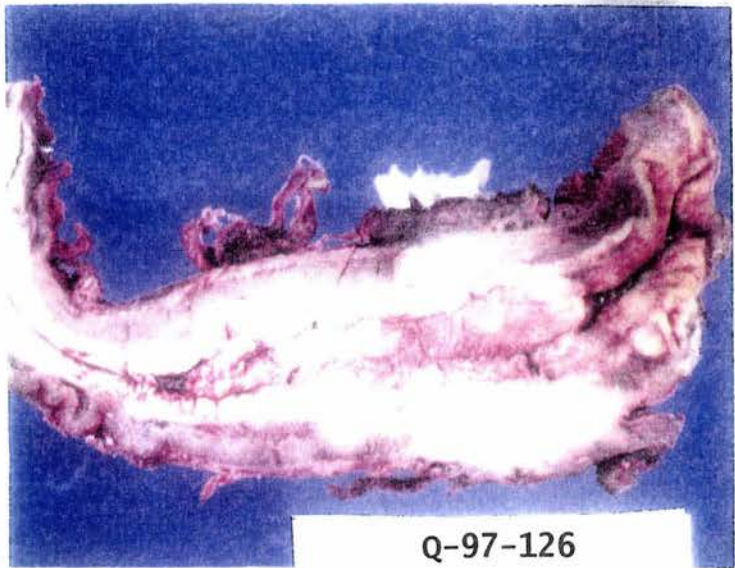


FIG.1.-Carcinoma en unión esófago-gástrica con penetración en la pared.



FIG.2.-Carcinoma gástrico ulcerado, superficial en curvatura menor.



FIG.3.-Carcinoma gástrico en pared anterior y curvatura menor ulcerado.

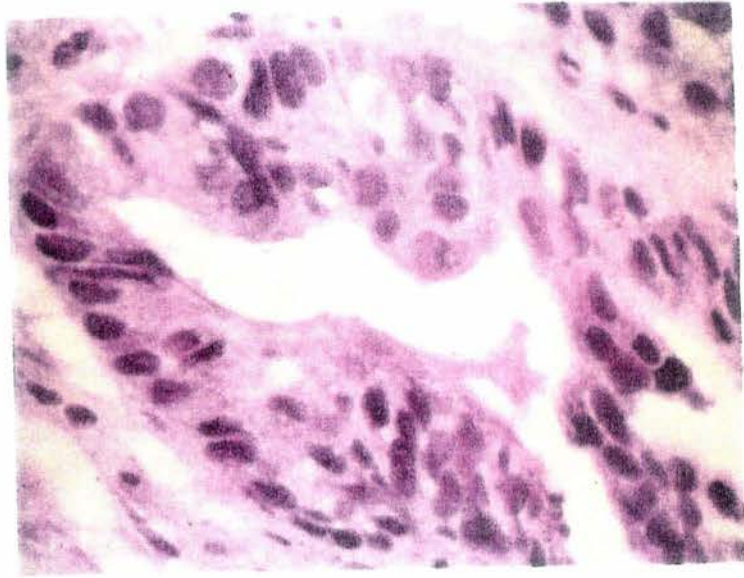


FIG.4.-Carcinoma gástrico tipo intestinal.

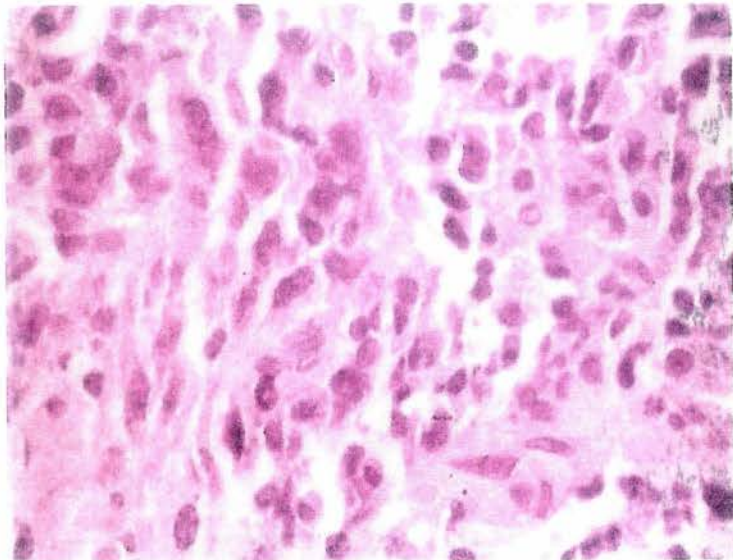


FIG.5.-Carcinoma gástrico tipo difuso.

CUADRO 2
MORBILIDAD POR TUMORES MALIGNOS
SONORA 1995-1998

AÑOS	CERVICOUTERINO		MAMA		ESTOMAGO		BRONCOGENICO	
	CASOS	TASA 1/	CASOS	TASA 1/	CASOS	TASA 2/	CASOS	TASA 2/
1995	146	31.06	102	21.7	11	0.53	49	2.37
1996	104	21.33	97	19.89	18	0.85	59	2.79
1997	149	29.46	94	18.59	35	1.62	80	3.71
1998*	130	24.8	79	15.07	20	0.91	41	1.86

FUENTE: SUIVE, DGSS/SSP

1/TASA POR 100,000 MUJERES MAYORES DE 25 AÑOS

2/TASA POR 100,000 HABITANTES

*PRELIMINAR AL MES DE SEPTIEMBRE

La edad es similar a lo publicado en la literatura ,la mayoría de nuestros casos ocurrieron entre la sexta y séptima década de la vida.

En lo que se refiere a la tasa entre el sexo masculino y el femenino entre nosotros fue de 4.28 ,en otras series se reporta de 2.5 (2).Esto significa que en nuestros casos predomina el sexo masculino en proporción 4:1 (cuatro hombres por una mujer).

El cáncer gástrico se localizó en el antro pilórico o en el antro y parte media del estómago principalmente sobre curvatura menor. Esto es lo mismo observado en otras series. En las estadísticas japonesas (1) se cita que en esas áreas ellos han encontrado el cáncer en etapas tempranas.

El aspecto macroscópico observado en la endoscopia y en las gastrectomías fue el ulcerado y esto es similar a lo reportado en la literatura aunque algunos autores señalan que el tipo fungante es más común en los casos de autopsia(2)

El análisis del aspecto histológico nos reveló un predominio del tipo intestinal(42 casos) sobre el tipo difuso (30 casos). En la literatura se ha citado que el tipo intestinal es más frecuente en poblaciones de alto riesgo y que desde el punto de vista pronóstico es menos agresivo que el difuso. Entre nosotros este parámetro no es indicador de alto riesgo ya que según las estadísticas de la Secretaría de Salud en Sonora la morbilidad es baja en 1997 fue de 1.62 . El pronóstico en nuestros casos tuvo relación a la extensión y penetración del tumor más que a su tipo histológico.

En la ciudad de México el Dr. Rubio y colaboradores(3) reportaron que la incidencia del cáncer gástrico es bajo en la ciudad de México (8.3×100000) habitantes y que el tipo histológico más frecuente observado en el Hospital General de la ciudad de México era el difuso que correspondió al 89.3 % de sus casos.

El Dr. Aguirre-García en réplica al artículo del Dr. Rubio(11) ,señala que en 186 casos estudiados en el Centro Médico del IMSS (D.F.) encontraron 113 (61.4%) de tipo intestinal y 47 de tipo difuso (25.5%) los 24 casos restantes (13.0%) no se pudieron clasificar porque se trataba de biopsias muy pequeñas y en algunos casos había otras variedades histológicas en el mismo tumor.

Respecto al grado de diferenciación histológica en nuestros casos la mayoría eran bien diferenciados 43 de G1, hubo 17 moderadamente diferenciados (G 2), de los poco diferenciados se encontraron tres casos (G3), y carcinomas indiferenciados solamente hubo dos. Los carcinomas bien diferenciados tienen mejor pronóstico pero en nuestros casos no sucedió así por lo avanzado de la neoplasia.

Muchos de los pacientes fueron diagnosticados mediante biopsia y durante la gastroscopía se observó que se trataba de tumores avanzados y clínicamente la mayoría fueron inoperables. De los 74 casos estudiados solo se pudo realizar gastrectomias en 7 pacientes con resultados desfavorables por lo avanzado del carcinoma y la sobrevida más largas fueron de 90 y 104 días.

CONCLUSIONES.

De los casos analizados en el H.G.E los resultados fueron los siguientes:

En relación al sexo hubo predominancia en el masculino con tasa de 4.28 , la cual es mayor que la reportada en otras series.

Con referencia a edad, aspecto macroscopico de la lesión y su topografía nuestros resultados son similares a los reportados en la literatura.

Respecto al tipo histológico predominó el tipo intestinal que es similar a lo reportado en pacientes del IMSS del D.F. y diferente a lo observado en enfermos del Hospital General de la ciudad de México; en la literatura se señala que esta variedad predomina en población de alto riesgo.

En 67 de nuestros enfermos se les hizo el diagnóstico en etapa avanzada y no se les pudo ofrecer algún tratamiento, sólo se operaron 7 pacientes con resultados malos.

El registro y control de pacientes es deficiente, 34 de ellos no volvieron después de recibir el resultado de la biopsia; sólo se encontraron 50 expedientes y estos tenían poca información sobre la evolución de la enfermedad.

Se debe hacer el diagnósticos más temprano y en los casos avanzados se deberá intentar seguir los protocolos de tratamiento de países Europeos o Japón.

BIBLIOGRAFIA:

- 1.- Lewin KJ. Appelman H.D Atlas of tumor Pathology, Tumors of the Esophagus and Stomach. Armed Forces Institute of Pathology Washington, D.C. 1996.
- 2.- Salas J. Patología del Carcinoma Gástrico en un País de Alto Riesgo. Estudio de 500 gastrectomías en el Hospital Sn. Juan de Dios San José Costa Rica. Patología (Mex.) 1989;27:15-27.
- 3.- Rubio C.A. Jessurum J. and Alonso de Ruiz P. Geographic Variations in the Histologic Characteristic of the Gastric Mucosa. Am J Clin Pathol. 1991; 96:330-333.
- 4.- Compendio del Registro Histopatológico de Neoplasias en México. DGE/SSA. Morbilidad y Mortalidad 1987-1997.
- 5.- Mehrotra M.L., Gupta I.M., Khanna S. and Vaidya Host Response and Tumor Biological Behaviour in the Two Histological Types of Gastric Carcinoma. Histopathology 1978; 2: 373-382.
- 6.- Laurent P. The two Histological main types of Gastric Carcinoma. Diffuse and So- Called Intestinal type Carcinoma. Acta Path et Microbiol. Scandinav 1965; 64 : 31-49.

- 7.- Muñoz N., Correa-Pelayo, Cuello c., Duque E.
Histologic Types of gastric Carcinoma in High and Low-Risk
Int J Cancer 1968; 3: 809-818.
- 8.- Muñoz N. and Asvall J. Time Trends of Intestinal and Diffuse
Types of Gastric Cancer in Norway. Int J Cancer 1971; 8: 144-
157.
- 9.- Roder J.D., Botcher. K., Siewert J.R., Bush R., Hermanek P.,
Mayer H.J. and German Gastric Carcinoma Study Group Cancer
1993; 72 (7) : 2089 – 2097.
- 10.- Cariaga M.T., Henson D.E. The Histologic Grading of Cancer.
Cancer 1995; 75:406-21.
- 11.- Aguirre-García J. Arosamena J.R., Vega-Ramos B.
Frecuency of Gastric Intestinal Type and Difuse-Type
Adenocarcinoma in Mexico. Am J Clin Pathol 1992; 98 (1):
141-42.
- 12.- Cotran R, Kumar V. Robbins S. Patología Estructural y funcional.
5ta. Ed. McGraw Hill Interamericana. Madrid 1996.pag 864.