



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES
CENTRO MEDICO NACIONAL "LA RAZA"

"EXPERIENCIA SOBRE EL ADENOCARCINOMA GÁSTRICO
EN EL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DEL
CENTRO MEDICO NACIONAL "LA RAZA"

TESIS DE POSTGRADO

PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN:
CIRUGÍA GENERAL

PRESENTA
DR. MOISÉS DEL GADO BRIANES.

ASESOR:
DR. JOSÉ ARTURO VELÁZQUEZ GARCÍA.



IMSS

MEXICO. D.F.

ABRIL 20001



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.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES
CENTRO MEDICO NACIONAL "LA RAZA"**

**"EXPERIENCIA SOBRE EL ADENOCARCINOMA GASTRICO
EN EL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DEL
CENTRO MEDICO NACIONAL "LA RAZA"**

TESIS DE POSTGRADO

**PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN:
CIRUGIA GENERAL**

**PRESENTA:
DR. MOISES DELGADO BRIANES**

**ASESOR:
DR. JOSE ARTURO VELAZQUEZ GARCIA**



México, D. F.

Abril 2001

Dr. Jesús Arenas Osuna.
Jefe de División de Educación Médica e Investigación.



Dr. José Fenig Rodríguez.
Jefe de Cirugía General HE CMN "La Raza".

Dr. Moisés Delgado Bríanes.
Residente de Cirugía General.

No. definitivo de Protocolo.
20016900038



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES
CENTRO MEDICO NACIONAL "LA RAZA"

"EXPERIENCIA SOBRE EL ADENOCARCINOMA GÁSTRICO
EN EL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DEL
CENTRO MEDICO NACIONAL "LA RAZA"

TESIS DE POSTGRADO

PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN:
CIRUGÍA GENERAL

PRESENTA:
DR. MOISÉS DELGADO BRIANES.

ASESOR:
DR. JOSÉ ARTURO VELÁZQUEZ GARCÍA.

MEXICO. D.F.

ABRIL 2001



IMSS

Dr. Jesús Arenas Osuna.
Jefe de División de Educación Médica e Investigación.

Dr. José Fenig Rodríguez.
Jefe de Cirugía General HE CMN "La Raza".



Dr. Moisés Delgado Brianes.
Residente de Cirugía General.



No. definitivo de Protocolo.
20016900038

RECONOCIMIENTO

DEBO AGRADECER PRIMERO AL DR. MOISÉS HUERTA Y AL DR. JOSÉ LUIS MUÑOZ POR TRANSMITIRME SU EXPERIENCIA EN EL ÁREA CLÍNICA Y QUIRÚRGICA.

AL DR. GUINTO, JEFE DEL SERVICIO DE CIRUGÍA DEL HG DEL CMN LA RAZA POR OTORGARME UN DIPLOMADO EN CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA.

A TODOS LOS MÉDICOS DEL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL QUE CONOCÍ A LO LARGO DE MI RESIDENCIA, POR DARMÉ LA OPORTUNIDAD DE APRENDER DE ELLOS.

A LA TRABAJADORA SOCIAL SILVIA ACOSTA POR ESTAR CONMIGO EN LOS MOMENTOS DIFÍCILES DE MI VIDA Y MI PROFESIÓN.

GRACIAS A TODOS LOS PACIENTES QUE CONFIARON Y CREYERON EN MI.

AGRADECIMIENTOS

A MI PADRE con todo cariño y respeto por darme las dos armas más importantes: L a vida y La educación.

RESUMEN ESTRUCTURADO

Adenocarcinoma gástrico. Experiencia de 6 años en el Hospital de Especialidades Del Centro Médico Nacional "La Raza".

OBJETIVO: Demostrar la prevalencia del adenocarcinoma gástrico en los pacientes del H. E. Del C.M.N. "La Raza".

MATERIAL Y METODOS: Recolección de casos clínicos reportados en el Servicio de Cirugía General en el periodo correspondiente de 1995 al año 2000, localizados en el archivo clínico, con historia clínica completa, registro quirúrgicos realizado, notas de evolución y resultado histopatológico confirmado.

RESULTADOS: De un total de 74 expedientes, solo 30 cumplieron con lo criterios de inclusión. El 66.3% correspondieron al sexo masculino y el 33.7% al sexo femenino, con un promedio de edad de 54.7 años (rango de 37 a 81 años). El tiempo de evolución de los síntomas fue de 8 meses en promedio, siendo la hiporexia y baja de peso los síntomas más frecuentemente encontrados en el 89% de los pacientes. Los 16 pacientes con carcinomatosis, presentaron tumor abdominal palpable y solo se realizó biopsia. Solo a 14 (47%) pacientes se les realizó tratamiento quirúrgico. De estos pacientes 8 presentaron el tumor en el antro, 2 en el tercio medio y 4 en el tercio proximal. Solo dos pacientes presentaron complicaciones postoperatorias.

DISCUSION: Es importante señalar que la edad de presentación fue de 54 años en promedio, es decir gente joven, ya que la literatura señala la séptima década de la vida. También se observó un incremento en la incidencia de afección del tercio proximal del estomago. El diagnostico en nuestro medio siempre es tardío y por lo general los pacientes se encuentran fuera de tratamiento quirúrgico. Se prefiere utilizar la Y de Roux para la reconstrucción quirúrgica.

PALAPABRAS CLAVE: Adenocarcinoma gástrico (Gastric adenocarcinoma). Cancer de estomago (stomach cancer). Cancer gástrico (Gastric Cancer).

SUMMARY

Gastric adenocarcinoma. Experience of 6 years in The Medical Center "La Raza".

OBJETIVE: To prove that the prevalence of gastric adenocarcinoma in patients of Medical Center "La Raza".

PATIENTS AND METHODS: From 1995 to 2000, 74 patients with gastric adenocarcinoma were treated in the Medical Center "La Raza". Was examined by retrospective analysis of 30 patients with clinic story, surgical registration and histopathologic result.

RESULTS: The mean age of the 30 patients was 54.4 years (range 37-81 years). There were 19 men and 11 women, the male-to-female ratio being 2:1. The time of the evolution for the symptoms was the 8 months. Of these patients, 89% presenting anorexia and loss of weight. 16 patients with carcinomatosis and palpable tumor, only one herself realized biopsy. 14 patients underwent gastric resections for primary adenocarcinoma of the stomach in the Department of Surgery.

DISCUSSION: In the present study, showed increase in the number of young patients with gastric adenocarcinoma. There has also been recent trend toward a change in the site of origin of gastric adenocarcinoma, with proximally located tumors becoming more prevalent. The suggested therapeutic effect of extended lymph node dissection has not been demonstrated. The reconstruction is with Y of Roux after gastrectomy.

KEY WORD: Gastric Adenocarcinoma, stomach cancer, Gastric Cancer.

ANTECEDENTES HISTORICOS

Los tumores benignos del estomago son raros. Más del 90% de los tumores gástricos son malignos, y de ellos el adenocarcinoma (que a menudo se refiere como cáncer gástrico) representa el 95% de las neoplasias malignas del estomago. El resto corresponde al linfoma, leiomiomasarcoma, carcinoma epidermoide, angiosarcoma y metástasis de puntos primarios adyacentes o lejanos. (1, 2)

Japón es el país con la incidencia más alta en el mundo, de cáncer gástrico. Es más frecuente en el varón con una relación de 2:1 con la mujer, en la mayoría de las poblaciones. Preferentemente afecta a la sexta y séptima década de la vida. (1, 2)

De los factores etiológicos más estudiados, se encuentra la dieta,, se sabe que los nitritos son carcinogenos y que se encuentran en los alimentos ahumados y curados. Pero la vitamina C y otros antioxidantes inhiben la conversión de nitritos en agentes mutagenos. (1, 2).

Esta neoplasia es 6 veces más frecuente en las poblaciones donde se detecta H. Pilory. La ulcera gástrica es un marcador tardío para el desarrollo del cancer gástrico, con un aumento relativo del riesgo en 1.8%. Otros factores relacionados son el tabaco, grupo sanguíneo A, la anemia perniciosa, resección gástrica previa, virus de Epstein Barr, así como inestabilidad en microsatelites de varios locis. (1, 2, 3)

Lauren clasificó el cancer gástrico en dos tipos histológicos, intestinal y difuso. En el primero ocurre metaplasia intestinal, es decir la mucosa gástrica es substituida por células de Paneth y caliciformes. En el segundo hay una mutación de una célula dentro de las glándulas gástricas normales. (4)

Bormann lo clasificó en etapas: I. Fungoso, II úlcera sin infiltración de la mucosa, III úlcera con infiltración de la mucosa adyacente y IV infiltración difusa. (5).

En 1962 la Sociedad Japonesa de endoscopia estableció la bases para la clasificación del cancer gástrico temprano. Tipo I elevado, Tipo II superficial (IIa elevado. IIb plano y IIc deprimido) y tipo III excavado, para lesiones de 4cm. o menos. (6)

También por su localización el adenocarcinoma se divide en antropolórico (más frecuente 35%), del cuerpo (15 %), del fondo (15%) y de la unión esofagogástrica (éste último se ha incrementado en los últimos años, con un reporte de hasta un 30%). (7)

Desde 1970 se utiliza la clasificación por estadios. Difundida por E.U. que se conoce como TNM. Donde T indica la penetración de la pared, T1 mucosa, T2 submucosa, T3 serosa y estructuras adyacentes, T4 toda la pared gástrica (linitis plástica). La N indica invasión ganglionar, N0 negativa y N1 invasión a ganglios adyacentes a la neoplasia. La M indica metástasis, M0 negativa y M1 presencia de metástasis. (8)

En 1977 Ming clasificó el cáncer gástrico por su conducta biológica en expansivo e infiltrante, basado en su patrón de crecimiento y su potencial de penetración e invasión. (9)

La anorexia a la perdida de peso son los signos más frecuentes en esta entidad y se presentan en más del 95% de los pacientes. Los afectados permanecen libres de síntomas hasta que el compromiso de la mucosa gástrica es extensa. En menos del 50% de los pacientes se detecta una masa palpable. Solo en 5% presenta hematemesis o sangre oculta en heces. Cuando existen datos de afección metastásica puede aparecer ascitis, hepatomegalia o ganglios linfáticos palpables. El dolor es una molestia tardía y rara. (1, 10)

El método fundamental en el diagnóstico del adenocarcinoma gástrico, fue por mucho tiempo la serie gastroduodenal con bario. La exactitud global de este medio excede el 80% y posee un índice de resultados negativos falsos menor del 20%. La serie gastroduodenal con doble contraste y medio hipotónico con bario muy soluble ha mejorado la exactitud a más del 90%. (11)

Por tomografía computada es posible identificar invasión directa de estructuras vecinas, detección de masas intraluminales, y engrosamientos de la pared mayor de 1cm. A pesar de lo expuesto, la tomografía conlleva limitaciones importantes, ya que en ocasiones no identifica metástasis a ganglios linfáticos con gran exactitud. (12)

La endoscopia de alta calidad ha sustituido a los medios radiográficos, por que permite la inspección directa de las lesiones de la mucosa gástrica. La sola endoscopia tiene una exactitud del 71 al 98% para identificar el carácter canceroso de una lesión gástrica, con arreglo a la experiencia y habilidad del endoscopista. La endoscopia favorece la toma de biopsias, lo que permite un diagnóstico histopatológico, lo cual se ve favorecido cuando el numero de fragmentos se incrementa de uno a siete. (12, 13). La sensibilidad de la citología con toma directa por escobillon es menor que la biopsia (55-80%), pero sus datos son complementarios en cuanto a la exactitud global. (14)

El ultrasonido endoscópico precisa con enorme exactitud la profundidad de la infiltración tumoral y también identifica la metástasis a ganglios linfáticos con mayor precisión que la topografía computada. Se señala una precisión global del 83% para definir la profundidad de la penetración por el tumor y del 66% para clasificar el estadio de las metástasis ganglionares. (15)

En las células neoplásicas se encuentran elevadas la beta glucuronidasa, la leucinaminopeptidasa, la fosfatasa ácida, la deshidrogenasa láctica y las diaforasas. Como consecuencia de una elevada acción glucolítica de las células neoplásicas. (16)

La curación del adenocarcinoma gástrico esta en función de su resección quirúrgica y de su diagnóstico temprano. La operación más apropiada para un paciente con cáncer gástrico debe incluir el sitio de la lesión y el patrón conocido de diseminación de las lesiones en este sitio. Para este fin se ha dividido al estomago en tercios; el tercio proximal comprende la unión esofagogástrica y el fondo, el tercio medio comprende el cuerpo gástrico y va desde el fondo hasta la incisura angular de la curva menor, el tercio distal es la región antropilórica. Los procedimientos aplicados se norman por el tamaño del tumor, la penetración en la pared gástrica, la invasión a ganglios adyacentes y distantes, y la afección de órganos vecinos. Generalmente se utiliza la resección subtotal distal, la resección subtotal proximal, la gastrectomía total y la esofagogastrectomía. La utilidad de operaciones radicales, consiste en cuidar que los márgenes de las zonas proximal y distal no sean menores de 6 cm. (16, 17, 18, 19, 20)

Es difícil establecer una diferencia clara entre cirugía paliativa y curativa, sobre todo en estadios III. Pero en los caso en que se tiene la evidencia de no dejar tejido neoplásico macroscópicamente evidente, se debe considerar como cirugía curativa. La esplenectomía y pancreatectomía distal se utilizó de manera discriminada, pero en la actualidad se sabe que el pronóstico depende más de la afección de la serosa que de la invasión pancreatoesplénica. Una controversia frecuente gira en torno de que si la resección linfática extensa mejora la supervivencia de los pacientes, al respecto los japoneses señalan que se. (17, 18, 19, 20)

En cuanto a las técnicas de reconstrucción, generalmente se utiliza la gastroyeyunostomía en Y de Roux, la beta de Nakayama y la modificación 19 de Taner del asa en Y de Roux. (18, 21)

MATERIAL Y METODOS

LUGAR:

Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional "La Raza".

DISEÑO:

Estudio retrospectivo, transversal, descriptivo, observacional y abierto.

UNIVERSO DE TRABAJO:

Todos aquellos pacientes ingresados al servicio de Cirugía General con diagnóstico de Adenocarcinoma Gástrico confirmado por estudio histopatológico en un periodo de 6 años.

CRITERIOS DE INCLUSION:

Todos los pacientes ingresados con un diagnóstico de adenocarcinoma gástrico en el HE del CMN "La Raza", que fueron sometidos a cirugía y contaron con resultado histopatológico definitivo.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

Pacientes sin estudio histopatológico completo.
Paciente con enfermedad metastásica al estomago.
Expediente clínico incompleto.

CRITERIOS DE NO INCLUSIÓN:

Pacientes atendidos en otras unidades médicas.
Pacientes que no fueron atendidos en el tiempo programado del estudio.

PROCEDIMIENTO:

El protocolo de estudio de prevalencia del adenocarcinoma gástrico en pacientes atendidos en el Hospital de Especialidades del Centro Medico Nacional "La Raza". Debe incluir expediente clínico completo, con historia clínica completa, notas de evolución, registro quirúrgico y resultado histopatológico.

Se revisará cada uno de los expedientes de los pacientes que llenen los criterios de inclusión vaciada en una hoja ex profeso para ello.

RESULTADOS

De la recolección de una periodo de 6 años se obtuvo un total de 74 expedientes en el archivo del departamento de Cirugía General, de los cuales solo 30 se encontraron en el Archivo Clínico Del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional "La Raza".

El 66.3% correspondieron al sexo masculino y el 33.7% al sexo femenino (tabla 1), con una relación hombre-mujer de 2:1. Con un promedio de edad de 54.7 años, con un rango de 37 a 81 años. (tabla 2).

El tiempo de evolución de los síntomas fue de 8 meses en promedio. Siendo la hiporexia y al baja de peso los síntomas más frecuentes, encontrados en un 89% de los pacientes. La perdida de peso fue importante en los pacientes con un promedio de 8.3 kg. Con un rango de 4 a 16kg. Las enfermedades concomitantes que más frecuentemente se relacionaron fueron la DM2 (2 pacientes), la HAS (1 paciente) y las enfermedades cardiovasculares (2 pacientes).(tabla 3).

De acuerdo a la clasificación de la TNM, 9 pacientes se encontraron en etapa T2, 5 en etapa T3 y 16 en etapa T4. 5 pacientes presentaban invasión linfática regional y 16 invasión linfática a distancia. 16 presentaban carcinomatosis, con invasión a hígado, colon, epíplon, hileo esplenico y páncreas. (tabla 4)

La localización del tumor fue la siguiente: En el tercio proximal del 13.3% (4 pacientes), en el tercio medio del 6.66% (2 pacientes), del 26.6% en la región antropilórica. El 53.5% de los pacientes (16) presentaron carcinomatosis. (tabla 5).

El resultado histopatológico se confirmo en los 30 casos seleccionados, con reporte de Adenocarcinoma gástrico. Solo en 6 pacientes el reporte histopatológico se refirió a la clasificación de Lauren, con resultado de intestinal.

De los 30 pacientes solo 14 fueron candidatos a cirugía gástrica y el resto (16 pacientes) fueron sometidos a biopsia. De los primeros el 64.28% (9 pacientes) se les realizó gastrectomía subtotal, y la

reconstrucción fue con una gastroyeyunoanastomosis en Y de Roux en 7 pacientes y en Omega de Brown en 2 pacientes. A 5 pacientes se les realizó Gastrectomía Total con Esplenectomía y en 2 casos pancreatectomía distal. Realizando esofagoyeyunoanastomosis en Y de Roux en todos los casos. Dos pacientes presentaron complicaciones, una fistula pancreática y otro fuga de la gastroyeyunoanastomosis. (tabla 6 y 7). Por lo que la morbilidad perioperatoria fue del 14.28 %.

La disección de ganglios linfáticos no se encuentra bien documentada en las hojas de registro quirúrgico.

La mortalidad no se conoce con exactitud, ya que los pacientes con carcinomatosis se egresaron por máximo beneficio.

DISCUSION

El adenocarcinoma gástrico es la neoplasia maligna más frecuente del estomago, siendo una patología atendida por el cirujano general, el problema estriba en que se carece de una diagnostico temprano. Los sintamos parecen hasta que se afecta la mayor parte de la mucosa, y en estos casos se encuentran en un estadio avanzado III o IV. (1, 6, 10).

En la literatura se reporta que se presenta en la sexta y séptima década de la vida, sin embargo en la serie estudiada se encuentro gente joven con cáncer gástrico. La relación Hombre-mujer fue de 2:1.(1,4)

Los signos más frecuentes fueron la hiporexia y la perdida de peso en el 89% de los pacientes, relacionado con el 95% que se menciona en la literatura. El síndrome de consumo es importante en estos pacientes que llegan a perder hasta 16 kg. En 8 meses en promedio. (1, 2)

Llama la atención que se ha incrementado la incidencia de cáncer gástrico en su localización proximal, como se menciona en la literatura, ya que de los 14 pacientes candidatos a cirugía el 28.5% lo presentaron en esta localización. El 14.2% en el tercio medio y el 57.3% en la región antropilórica. (7).

De los 14 pacientes sometidos a cirugía gástrica, a 9 se les realizó gastrectomia subtotal, pero a 2 de estos pacientes se les realizó omega de Brown, lo que no se recomienda en la literatura por la incidencia mayor de gastritis alcalina. (17,18,18,20,21). A 5 pacientes se les realizó gastrectomia Total con esplenectomía y solo a 2 pancreatetectomía distal. Lo que se relaciona a lo mencionado a la literatura, ya que se ha disminuido de manera considerable la pancreatoesplenetcomia de manera discriminada y solo se reserva en casos donde la afección es del tercio proximal y esta involucrado en hileo esplenico. (20, 21). No se realiza una exploración meticulosa de la afección linfática en la mayoría de los casos, como se señala en la literatura. (19,20,21).

Dentro de las complicaciones que se presentaron, fistula pancreática y deshiciencia de la anastomosis, son similares a las reportadas en la literatura.(20,21).

La mortalidad es alta debido a que los pacientes son captados en estadios avanzados de la enfermedad. (1,6,10).

CONCLUSION

El presente estudio retrospectivo observacional de un periodo de 6 años, solo logro obtener la captura de 30 expedientes clínicos, los restantes no se encontraron en el archivo clínico o el expediente estaba incompleto.

Llama la atención que nuestra población esta presentado cancer gástrico en gente joven de la tercera y cuarta década de la vida, con una mayor incidencia en la quinta década de la vida, a lo que ocurre en otros países.

El 53% de los pacientes presento masa palpable, con la consiguiente carcinomatosis, por lo que el diagnostico sigue siendo tardío.

El tratamiento quirúrgico esta en relación a los hallazgos operatorios, tomando en cuenta la localización del tumor, afección del estomago mismo, infiltración de estructuras adyacentes, metástasis a órganos cercanos y a distancia. Se prefiere por la reconstrucción en Y de Roux.

Las complicaciones perioperatorias, son las esperadas, fistulas, deshicencia de anastomosis.

Concluimos que para llevar acabo estudios prospectivos que demuestran la experiencia real del H.E. del C.M.N. "La Raza", se requiere de una actualización en el manejo de expedientes clínicos y una red de computación que permita recopilar la información de una manera más eficiente. Así como la unificación de criterios quirúrgicos en cuanto a la exploración de cadenas ganglionares establecidos en la literatura. Es importante señalar que para ganar la lucha contra el cáncer es importantes tener un diagnostico oportuno y que el futuro probablemente se encuentre en la ingeniería genética.

BIBLIOGRAFIA

1. Kodera Y , et al "Incidence, diagnosis, and significance of multiple cancer gastric" Br J Surg 1995; 182: 1540-48.
2. Schwartz S., "Principles of Surgery" Edt McGraw Hill, 7ma. Edición,1999; pág. 1282-1286.
3. Dos Santos NR et Al. "Microsatellite Inestability at Multiple Loci in Gastric Carcinoma: Clinicopathologic Implications and prognosis" Gastroenterology 1996;110:38-44.
4. Lauren P. "The two histological main types of gastric carcinoma diffuse and so-called intestinal type carcinoma. Acta Pathol. Microbiol. Scand.1965; 64:31-48.
5. Smith JW and Brennan MF "Surgical Treatment for Gastric Cancer" Surg Clin North Am 1992,págs. 359-75.
6. Mori M, Sugimachi K, Okamura T and Inokuchi K "Early gastric carcinoma in Japanese patients under 30 years of ege", B J Surg. 1985; 72: 289-91.
7. Bajtai A, et al. "Clinical Pathology of gastric mucosal dysplasia." Or-Hetil 1992; 133: 2227.
8. Kennedy BJ. "INM classification for stomach cancer" Cancer 1990;26:97i-83.
9. Ming, Si-Chung. "Tumors of the esophagous and stomach" Armend Forces Institute of Phatology 1983;7:81-3.
10. Neugut AI, Hayek M, Howe G., "Epidemiology of Gastric Cancer" Semin Oncol 1996; 83:156-60.
11. Keto P, et al. "Double contrast of the stomach compared with endoscopy" Acta Radiol 1989;20:762-68.
12. Graham D, et al. "Prospective evaluation of biopsy number in the diagnosis of esophageal and gastric carcinoma"1982;82:228-31.
13. Winawer S, et al. "Endoscopic diagnosis of advanced gastric cancer: Factors influencing yield" Gastroenterology 1982;82:232-36.
14. Kleinhaus U, Militianu D, "Computed Tomography in the preoperative evaluation of gastric carcinoma" Gastrointest Radiol 1988;13:97-101.
15. Tio LT et al. "Esophagogastric carcinoma: Preoperative TNM Classification with endosonography" Radiology 1989; 173:411-17.
16. Roger K, William GT and Roberts GM, "Gastric Juice enzymes. An aid in the diagnosis of gastric cancer" Lancet 1981; 1:1124-25.
17. Macdonald JS, Schnall SF, "Adjuvant treatment of gastric cancer" World J Surg 1995;19:221-224.

18. Maruyama K, et al. "Surgical treatment of gastric cancer: The Japanese approach. *Semin Oncol* 1996;23:360-65.
19. Otsugy E et al. "End results of simultaneous splenectomy in patients undergoing total gastrectomy for gastric carcinoma" *Surgery* 1996;120:40-44.
20. Lee JW et al. "Survival after resection of Gastric Cancer and Prognostic Relevance of Systematic Lymph Node Dissection: Twen ty years Experience in Taiwan" *World J Surg* 1995;19:707-13.
21. Klaus B, Lehnert T, Schlag P and Herfard C. "Reconstruction after Gastrectomy and Quality of Life" *World J Surg* 1995;19:558-64.
22. Klaus B, Lehnert T, Schlag P and Herfard C. "Reconstruction after Gastrectomy and Quality of Life" *World J Surg* 1995;19:558-64.

TABLA 1

SEXO	Fr	%	Total
Femenino	11	33.7	33.7
Masculino	19	66.3	100
Total	30	1	

TABLA 2

AÑOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
30 - 39	4	13.33
40 - 49	8	26.66
50 - 59	9	30.00
60 - 69	2	6.66
70 - 79	6	20.00
80 - 89	1	3.33
TOTAL	30	100.00

TABLA 3

ENFERMEDADES RELACIONADAS

PATOLOGÍA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
D.M. 2	2	6.66
Cardiopatía	2	6.66
H.A.S.	1	3.33
Sin Patología	25	83.33
TOTAL	30	100.00

TABLA 4

ETAPA DEL TUMOR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
T1	0	0.0
T2	9	30.0
T3	5	16.6
T4	16	53.3
TOTAL	30	100.0

TABLA 5

LOCALIZACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Proximal	4	13.33
Medial	2	6.66
Distal	8	26.66
Total	16	53.33
TOTAL	30	100.00

TABLA 6

TX. QUIRÚRGICO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Biopsia	16	53.33
Gastrectomia subtotal	9	30.00
Gastrectomia total	5	16.66
TOTAL	30	100.00

TABLA 7

COMPLICACIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Ninguna	12	85.7
Fístula	1	7.1
Deshicencia	1	7.1
TOTAL	14	100.0