



GOBIERNO DE LA
CIUDAD DE MÉXICO
CIUDAD INNOVADORA Y DE DERECHOS



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

**SECRETARIA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MEXICO
DIRECCION DE FORMACIÓN, ACTUALIZACIÓN MÉDICA E
INVESTIGACIÓN**

**CURSO UNIVERSITARIO DE ESPECIALIZACION EN
CIRUGIA GENERAL**

**“EXPERIENCIA CLÍNICA DE TUMORES MALIGNOS DE TRACTO
DIGESTIVO EN HOSPITALES DE LA SECRETARÍA DE SALUD CASOS EN
EL PERIODO 2014-2019”**

TRABAJO DE INVESTIGACION CLINICA

PRESENTADO POR JORGE ALBERTO SOTO CARRASCO

**PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN
CIRUGIA GENERAL**

**DIRECTOR(ES) DE TESIS:
DRA. ERIKA PINEDA ARAGON**



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.



GOBIERNO DE LA
CIUDAD DE MÉXICO
CIUDAD INNOVADORA Y DE DERECHOS



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

**SECRETARIA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MEXICO
DIRECCION DE FORMACIÓN, ACTUALIZACIÓN MÉDICA E
INVESTIGACIÓN**

**CURSO UNIVERSITARIO DE ESPECIALIZACION EN
CIRUGIA GENERAL**

**“EXPERIENCIA CLÍNICA DE TUMORES MALIGNOS DE TRACTO
DIGESTIVO EN HOSPITALES DE LA SECRETARÍA DE SALUD CASOS EN
EL PERIODO 2014-2019”**

TRABAJO DE INVESTIGACION CLINICA

PRESENTADO POR JORGE ALBERTO SOTO CARRASCO

**PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN
CIRUGIA GENERAL**

**DIRECTOR(ES) DE TESIS:
DRA. ERIKA PINEDA ARAGON**

Experiencia Clínica de Tumores Malignos de Tracto Digestivo en Hospitales
de la Secretaría de Salud Casos en el periodo 2014-2019

Autor: Jorge Alberto Soto Carrasco

Vo. Bo.

Dr. Francisco Javier Carballo Cruz
Profesor Titular del Curso de Especialización en Cirugía General

Vo. Bo.

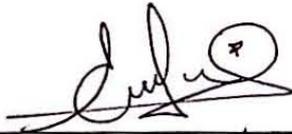


SECRETARÍA DE SALUD DE LA
CIUDAD DE MÉXICO

DIRECCIÓN DE FORMACIÓN,
ACTUALIZACIÓN MÉDICA E
INVESTIGACIÓN

Drá. Lilia Elena Monroy Ramírez de Arellano
Directora de Formación, Actualización Médica e Investigación.
Secretaria de Salud de la Ciudad de México

Vo. Bo.



Dra Erika Pineda Aragón
Directora de Tesis
Jefe de Servicio de Cirugía General
Hospital General Dr. Enrique Cabrera

INDICE

I.	RESUMEN	
II.	INTRODUCCION	1
III.	MATERIAL Y METODOS	8
IV.	RESULTADOS	9
V.	DISCUSION	21
VI.	CONCLUSION	28
VII.	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	29

I. RESUMEN

En este estudio se busca determinar la frecuencia de neoplasias malignas del aparato digestivo en pacientes atendidos en los Hospitales de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México, en el periodo de 2014 a 2019.

Es un estudio retrospectivo, observacional, en el cual se revisaron expedientes de pacientes con reporte patología que confirme malignidad, que se hallan comprendidos tanto estudios histológicos de material obtenido por las piezas quirúrgicas o biopsias, todos provenientes de algún órgano del aparato digestivo, comprendido en un periodo de 5 años. Se estudiaron variables demográficas como edad, sexo, cirugía de urgencia realizada, tipo de la lesión, evolución del paciente. Las variables se registraron en una hoja de captura de datos. Se incluyen aquellos pacientes diagnosticados con cualquier neoplasia maligna, que recibieron tratamiento con intento tanto curativo como paliativo.

Se identificaron 47 pacientes con diagnóstico positivo a malignidad, con predominio de sexo femenino con 33 pacientes (70.2%) y 14 pacientes masculinos (29.8%). Predominó diagnóstico de cáncer de vía biliar y cáncer de colon. En la mayoría de los casos, fue diagnóstico incidental, para posteriormente referirse a una unidad de tercer nivel.

A pesar de ser un segundo nivel de atención a la salud, el diagnóstico de cáncer cada vez es más frecuente, en nuestro medio predominó el cáncer de la vía biliar, por lo que la prevención e identificación tempranos favorecerían

aún más al paciente, dando atención oportuna antes de que se vuelva una urgencia.

PALABRAS CLAVE: Adenocarcinoma, GIST, carcinoide, México

II. INTRODUCCION

El cáncer es un padecimiento tan temido como antiguo que continúa siendo una incógnita para el hombre. En la historia de la humanidad la mortalidad por tumores malignos siempre ha constituido una gran amenaza. Justificar la importancia del cáncer como fenómeno sanitario es algo sobradamente repetido, lo cual puede resumirse al plantearse que una de cada cuatro personas lo padecerá y una de cada cinco morirá de ello. [1] La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que, para el año 2030, alrededor de 12 millones de personas morirán a causa de este padecimiento, destacando los tumores del tracto digestivo. He ahí donde radica la importancia de este estudio.

En nuestro país, según los datos más recientes del Instituto Nacional de Estadística y Geografía, había 655,688 muertes en 2015 y cáncer fue la principal causa en 85,201 casos (12,99%). Seis tipos de cáncer fueron responsables de la mayor mortalidad. Estos incluyen traqueal, bronquial y pulmonar. (6.903, 8,10%); próstata (6.447, 7,57%); hígado y vía biliar intrahepática (6,333, 7.43%); pecho (6,304, 7.40%); estómago (6.065, 7,12%) y colon, rectal y anal (5,853, 6,87%) [2].

En 2013 en México, el cáncer gástrico (GC) fue la tercera causa más alta de muerte por cáncer en personas ≥ 20 años [3]. La mortalidad por GC se ha mantenido relativamente estable en las últimas décadas en México [4] y una disminución en la mortalidad por 7.5 a 5.6 por 100,000 habitantes se reportaron

durante el período 2000-2012 [3]. Hay pocos informes en México que proporcionen detalles del estadio al momento del diagnóstico. Dos estudios realizados en tercer nivel indicaron que el 5,4% [5] y el 3% de los casos se diagnostica en las primeras etapas. Simultáneamente, estudios en China, Estados Unidos y Corea del Sur reportan un diagnóstico temprano en 13.8% [6], 16.7% [7] y 87.7% [8] de casos, respectivamente.

El cáncer gástrico es una causa importante de mortalidad en oncológica a nivel mundial, de acuerdo con los reportes internacionales en el 2012, se estima una incidencia de 952,000 casos de cáncer gástrico, convirtiéndose en la quinta causa de cáncer en el mundo. De estos casos, la mayoría ocurre en países en vías de desarrollo (677,000 casos), siendo más frecuente en el sexo masculino [9]. En México, el cáncer gástrico es la tercera causa de muerte por cáncer en personas mayores de 20 años y de acuerdo con los reportes epidemiológicos, hubo un incremento en la tasa de mortalidad desde el año 1980 hasta 1997, con un aparente descenso para el año 2012 [10].

Existen múltiples factores relacionados con el desarrollo del cáncer gástrico, en donde el tipo de alimentación es importante, se ha demostrado que un bajo consumo de frutas, hortalizas, leguminosas, alto consumo de sal, chile, carnes procesadas, alimentos ahumados, además de la infección por *Helicobacter pylori* aumentan el riesgo de desarrollar esta neoplasia [9].

Particularmente, la infección *Helicobacter pylori*, se consideraba como la infección bacteriana crónica con mayor prevalencia a nivel mundial, llegando a reportarse hasta en el 50% de los adultos, y a pesar de que en la última década ha disminuido en forma importante la prevalencia (hasta en un 20%), en poblaciones de riesgo, como países en vías de desarrollo, la prevalencia puede llegar a ser de hasta un 70%. En la población mexicana estos factores de riesgo son frecuentes [9].

En México, el sistema de salud está constituido por instituciones públicas y privadas. De estas instituciones, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) es el que atiende a un mayor número de la población [11]. México es un país que presenta una rápida transición epidemiológica, en donde existe aumento importante de la mortalidad debida a enfermedades oncológicas, incluido el cáncer gástrico [12]. Sin embargo, no se cuenta con datos epidemiológicos actualizados de esta enfermedad, ni la modificación en la tasa de mortalidad de la última década, posterior al implemento de las campañas preventivas.

La neoplasia de colon es el tumor que se desarrolla por degeneración maligna de las células del intestino grueso, desde la válvula ileocecal hasta la flexura rectosigmoidea; desde esta última hasta el ano, se denomina cáncer del recto. En el ámbito mundial, el cáncer colorrectal es la tercera forma más común de neoplasia maligna. En 2010, el cáncer colorrectal representó el 9,4 % de los

cánceres nuevos en todo el mundo, con 945 000 casos diagnosticados, y 7,9 % de las defunciones en todo el mundo. La incidencia del cáncer colorrectal en los Estados Unidos es de 34 casos por 100 000 habitantes, con un número total de 74 000 nuevos casos anuales. Actualmente, fallecen en el mundo más de cinco millones de individuos por esta enfermedad. Se espera que para el 2020 aumenten a 15 millones los enfermos. El adenocarcinoma colorrectal es la segunda causa de muerte por cáncer en Estados Unidos Americanos e Inglaterra y la tercera a nivel mundial, constituyendo la afección cancerosa más frecuente del aparato digestivo [1]

Las diferencias subregionales son importantes, al parecer debido a los hábitos alimentarios; los países centroamericanos tienen incidencias inferiores en un 50 % a los suramericanos, los cuales son apenas superiores en un 10 % a los caribeños. Argentina, Uruguay y el sur de Brasil, muestran la mayor incidencia, mientras que Colombia, México y el norte de Brasil son las áreas de menor ocurrencia de cáncer de colon y recto. Algunos expertos han asociado esta situación al mayor o menor consumo de carnes rojas.[13]

El estudio del cáncer es una de las principales líneas investigativas de los servicios de salud y el cáncer colorrectal es, por tanto, de interés no solo por la mortalidad sino también por su elevada incidencia.

Los tumores de intestino delgado (TID) son poco frecuentes: representan entre

el 3 y el 6% del total de los tumores gastrointestinales, y solo 3% de los tumores malignos primarios del tubo digestivo. Pueden presentarse como primarios o secundarios. Entre los segundos, encontramos los que comprometen el yeyuno o el íleon por invasión directa, como los tumores de colon, ovario, estómago y útero; mientras que las neoplasias de riñón, mama, pulmón y los melanomas lo hacen por vía hematógena. Generalmente se presentan con sangrado, en la mayoría oculto, por lo que la anemia ferropénica es la principal manifestación (hasta en el 88% de los casos), seguida por disminución de peso, dolor abdominal e invaginación intestinal. Se presentan con más frecuencia en la sexta década de la vida, con predominio en el sexo masculino. Se conocen 40 tipos histológicos distintos, siendo los tumores benignos más frecuentes que los malignos. Dentro de los últimos, los adenocarcinomas, los carcinoides y los linfomas son los más frecuentes. Se han planteado varias hipótesis para tratar de explicar su baja frecuencia: 1) rápido tránsito intestinal, con escaso tiempo de contacto entre los carcinógenos de los alimentos y la mucosa intestinal, 2) disminución de la concentración de agentes irritantes gracias a la mezcla que se produce entre el alimento y las secreciones intestinales, 3) disminución de la agresión química y mecánica debido al pH neutro que se logra a través de las secreciones intestinales, 4) alta concentración de tejido linfoide a nivel intestinal, con alta concentración de inmunoglobulina A, 5) baja concentración de bacterias a este nivel, 6) alto recambio celular de la mucosa intestinal, que podría disminuir la permanencia de las células neoplásicas. Los tumores malignos del intestino

delgado se presentan endoscópicamente como masas o pólipos en aproximadamente 70 a 80% de los casos, y como úlceras o estenosis en el restante 20 a 30%. Estos tumores se localizan con mayor frecuencia a nivel del yeyuno (40- 60%).

Los GIST son los tumores mesenquimales más frecuentes del tracto digestivo, suponen el 1-3% de los cánceres gastrointestinales. Se localizan principalmente en estómago (50%) e intestino delgado (25%), y suelen aparecer entre la 4^a-6^a décadas de la vida. Generalmente expresan el receptor KIT (CD117) y muestran mutaciones en los genes KIT o PDGFRA. Pueden causar dolor abdominal, anemia, hemorragia gastrointestinal o metástasis, si bien está aumentando su presentación como urgencia.

Las exploraciones endoscópicas no siempre resultan diagnósticas, por lo que pruebas como la TC o RM son imprescindibles. La biopsia preoperatoria conlleva un alto riesgo hemorrágico y solo está indicada en tumores irresecables que vayan a recibir un tratamiento neoadyuvante o ante dudas diagnósticas. Se consideran malignos cuando superan los 5-10 cm, tienen una alta tasa de división celular o metastatizan. El tratamiento de elección es quirúrgico; los inhibidores de la tirosincinasa como imatinib se utilizan para neoadyuvancia en tumores potencialmente resecables, en tumores de alto riesgo tras la cirugía o como tratamiento paliativo. El pronóstico se relaciona con el tamaño, el grado de

proliferación y la preservación de la pseudocápsula. Los casos descritos fueron catalogados como riesgo de progresión “intermedio” y “alto” respectivamente, lo que hace imprescindible el seguimiento estrecho de los pacientes. Se debe, por tanto, mantener un alto índice de sospecha ante esta patología ya que su diagnóstico y tratamiento temprano son esenciales [15].

La desnutrición en el paciente con cáncer resulta de múltiples factores a menudo relacionados con la anorexia, la caquexia y la sensación de saciedad temprana que suelen padecer las personas con cáncer. Ambos están íntimamente relacionados, de modo que la enfermedad puede causar desnutrición y esta, a su vez, puede influir de manera negativa en la enfermedad⁴. Si la desnutrición no es tratada oportunamente, puede conllevar emaciación creciente, debilidad, reducción de la síntesis de proteínas y pérdida de la masa muscular, con lo que afecta directamente la calidad de vida del paciente oncológico e incrementa la mortalidad [16].

Dicho de esta forma, el cáncer de tubo digestivo es de repercusiones epidemiológicas muy importantes, sin embargo, la bibliografía de nuestro país es escasa, y aun menor cuando hablamos de las cifras a nivel de segundo nivel de la secretaría de salud, por lo que se realiza este trabajo.

III. MATERIAL Y METODOS

Es un estudio retrospectivo, observacional, en el cual se revisaron expedientes de pacientes con reporte patología que confirme malignidad, que se hallan comprendidos tanto estudios histológicos de material obtenido por las piezas quirúrgicas o biopsias, todos provenientes de algún órgano del aparato digestivo, comprendido en un periodo de 5 años. Se estudiaron variables demográficas como edad, sexo, cirugía de urgencia realizada, tipo de la lesión, evolución del paciente. Las variables se registraron en una hoja de captura de datos. Se incluyen aquellos pacientes diagnosticados con cualquier neoplasia maligna, que recibieron tratamiento con intento tanto curativo como paliativo. Este estudio presenta un riesgo ético mínimo.

IV. RESULTADOS

Se realizó un análisis de los pacientes en el Hospital General Enrique Cabrera con diagnóstico positivo para cáncer de tracto digestivo, en un periodo de 5 años a partir del año 2014, en donde se encontraron 47 pacientes con diagnóstico histopatológico para neoplasia maligna, de los cuales 4 fallecieron durante su estancia intrahospitalaria, uno posterior a su diagnóstico solicitó alta voluntaria, 29 fueron referidos a un tercer nivel.

Solo se incluyó pacientes adultos con diagnóstico histopatológico de cáncer de tracto digestivo, por lo que los rangos de edad se toman a partir de los 18 años, a pesar de que durante los 5 años se encontraron registros de 4 pacientes con diagnóstico de patología maligna. El rango de los 61-83 años presentó la mayor frecuencia con 48.9%, seguido por un 39.1% del rango de 41-60 años. (Fig. I)

La edad mínima fue de 28 años y una máxima de 88 años, una media de 62.1 y una desviación estándar de 14.6. (Tabla 1)

Fig. I Tumores malignos de tracto digestivo según edad

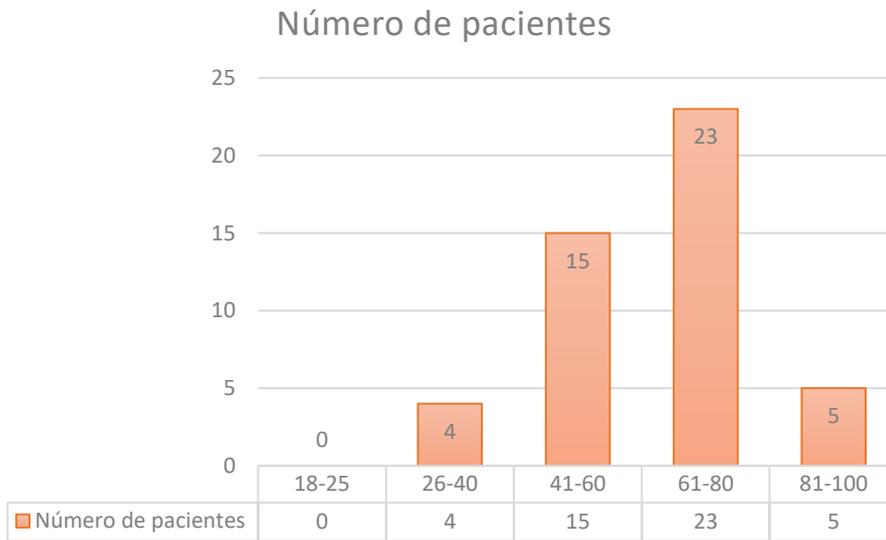


Tabla 1. Media y desviación estándar

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
Edad	47	28	88	62.1	14.6
N válido (por lista)	47				

Las neoplasias malignas de aparato digestivo se encontraron principalmente en pacientes femeninos en número de 33 representando el 70.2%, mientras que los pacientes masculinos solo fueron 14 aportando el otro 29.8%. (Fig. II) (Tabla 2)

Fig. II. Relación de neoplasias según el sexo

NUMERO DE PACIENTES

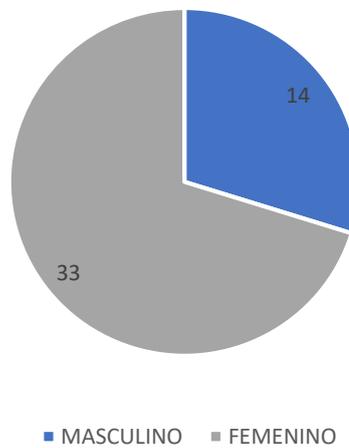


Tabla 2. Frecuencia de lesiones según sexo

	Frecuencia	Porcentaje
Válido	14	29.8
MASCULINO	33	70.2
FEMENINO	47	100.0
Total		

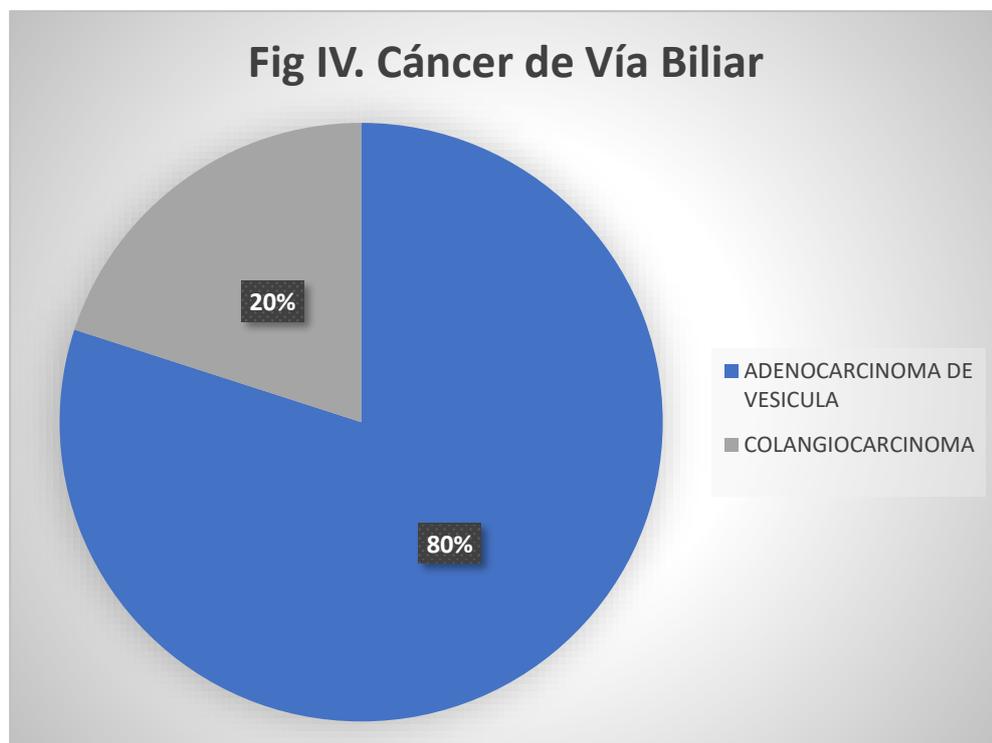
De los pacientes con resultado positivo para cáncer, se observó una prevalencia en neoplasias de la vía biliar y colon cada uno con 10 casos reportados, seguidos de cáncer gástrico y de recto, en tercer lugar, tumores malignos en apéndice e intestino delgado, en cuarto lugar, la unión recto-sigmoidea e hígado, y finalmente el grupo de ano, páncreas y un primario desconocido con metástasis a epiplón mayor. (Fig. III)

Fig. III Número de casos en relación con órgano afectado por cáncer

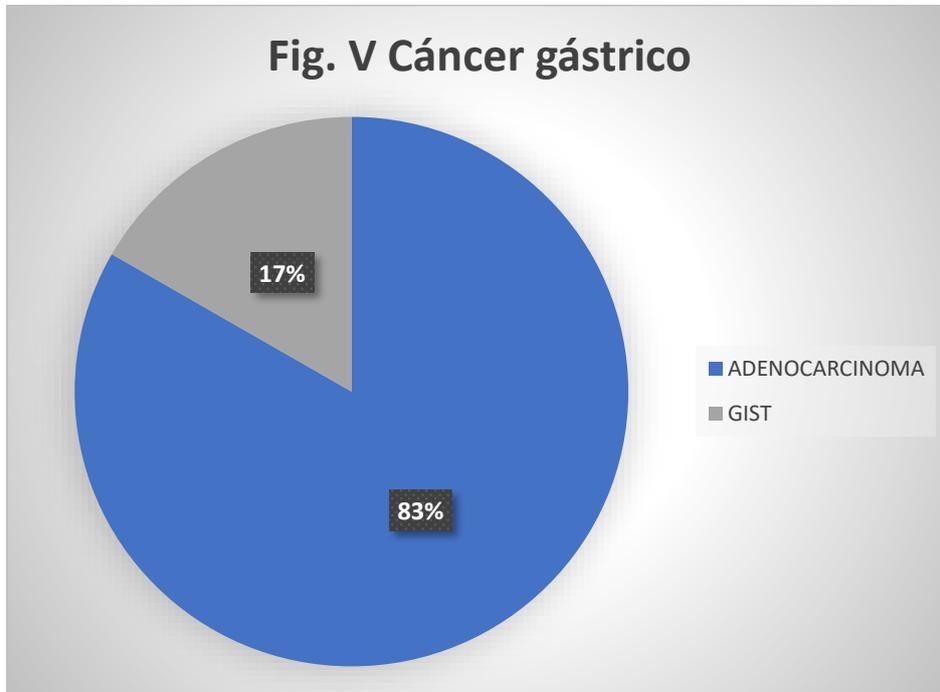


De los tumores de la vía biliar, 8 fueron adenocarcinoma de vesícula biliar, y dos fueron colangiocarcinoma evidenciado por CPRE (colangiopancreatografía retrograda endoscópica) por ictericia en estudio, aquí es preciso señalar que el número de CPRE que se realiza en la unidad es bajo, la mayoría de los pacientes con ictericia en estudio son referidos a Hospital General La Villa, Centro Médico

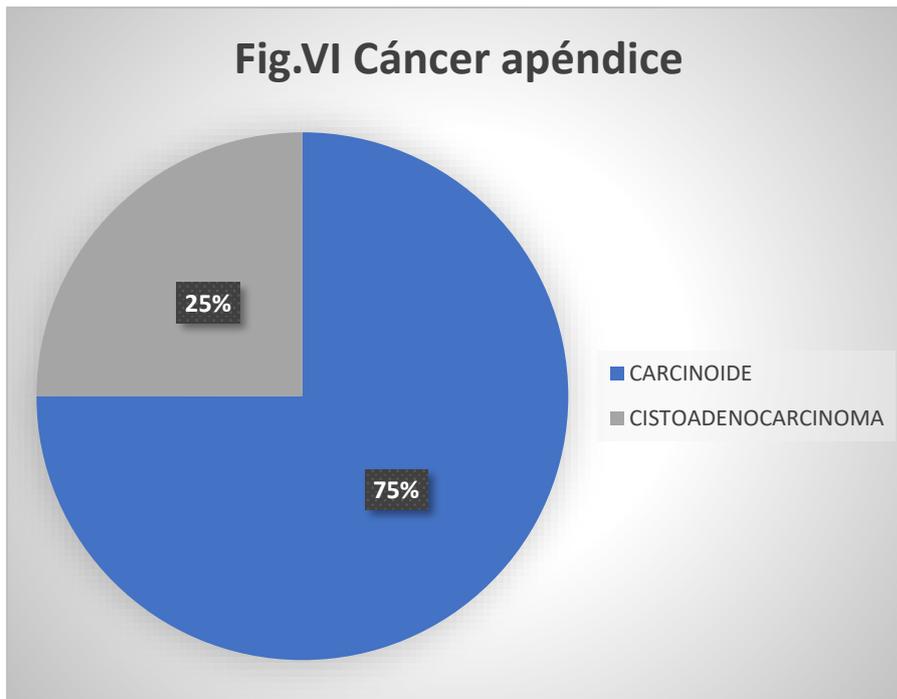
ABC y Hospital Juárez Centro, sin embargo no contamos con el reporte de patología por lo que no se pudieron incluir en este estudio. (Fig. IV)



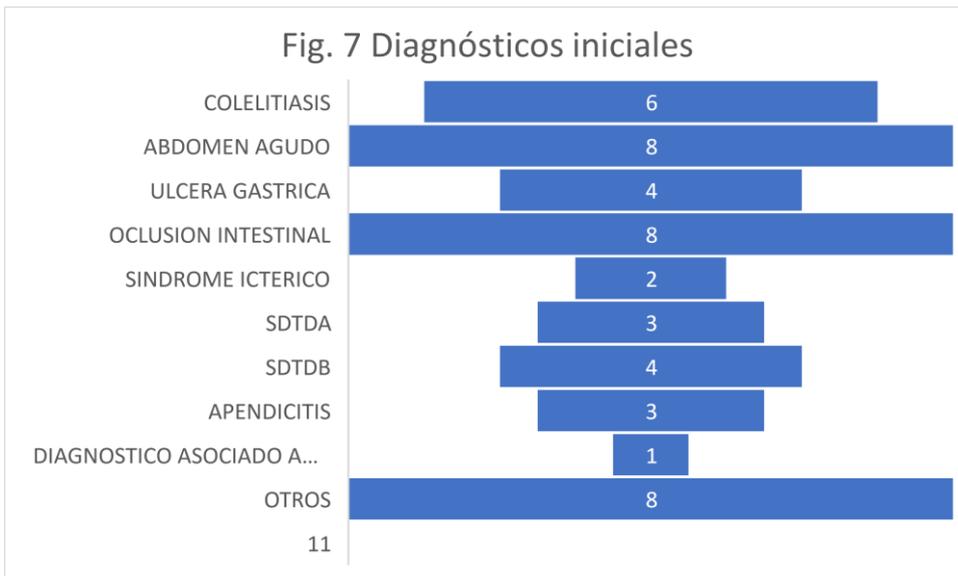
De las neoplasias gástricas, se encontraron 5 adenocarcinomas, y un solo tumor del estroma gastrointestinal (GIST). (Fig. V)



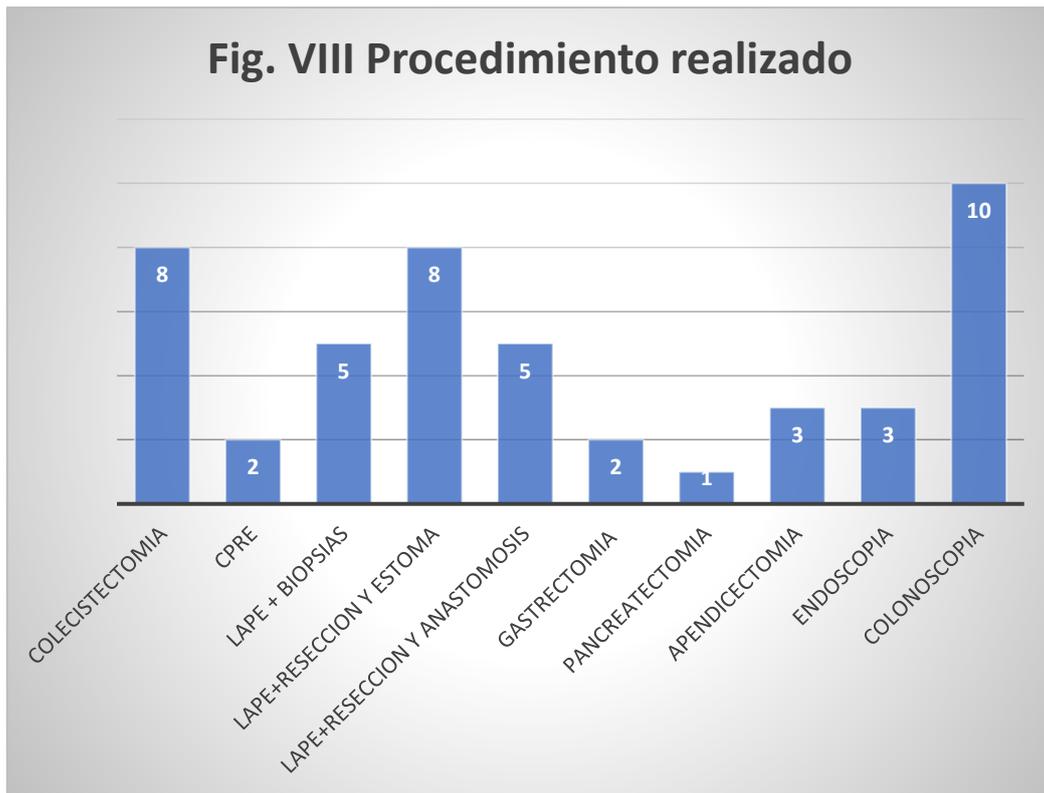
Es de vital importancia hacer énfasis en los casos asociados a tumores apendiculares, ya que fueron 3 tumores carcinoides y un cistoadenocarcinoma, siendo la realización de apendicectomías una de las prácticas más comunes en la institución. (Fig. VI)



También es importante analizar el diagnóstico con el que se ingresó el paciente y la cirugía realizada, debido a que la mayoría de estos pacientes no presentaban sospecha diagnóstica para patología maligna. El diagnóstico que nos hizo intervenir al paciente fue principalmente abdomen agudo y oclusión intestinal los cuales presentaron 8 casos cada uno, a este le siguió la coleditirosis con 6 pacientes, la úlcera gástrica y el sangrado de tubo digestivo bajo presentaron 4 casos cada uno; apendicitis aguda presentó 3 casos (en el reporte se encontraron 4 tumores de apéndice, sin embargo, uno entró a quirófano con sospecha de tumor apendicular y no como cuadro agudo apendicular). En el apartado otros se incluyeron casos con un solo paciente, que comprenden pirocolecisto, sepsis abdominal, síndrome anémico, estenosis de recto, dolor anal, síndrome consuntivo y constipación crónica (Fig. VII)

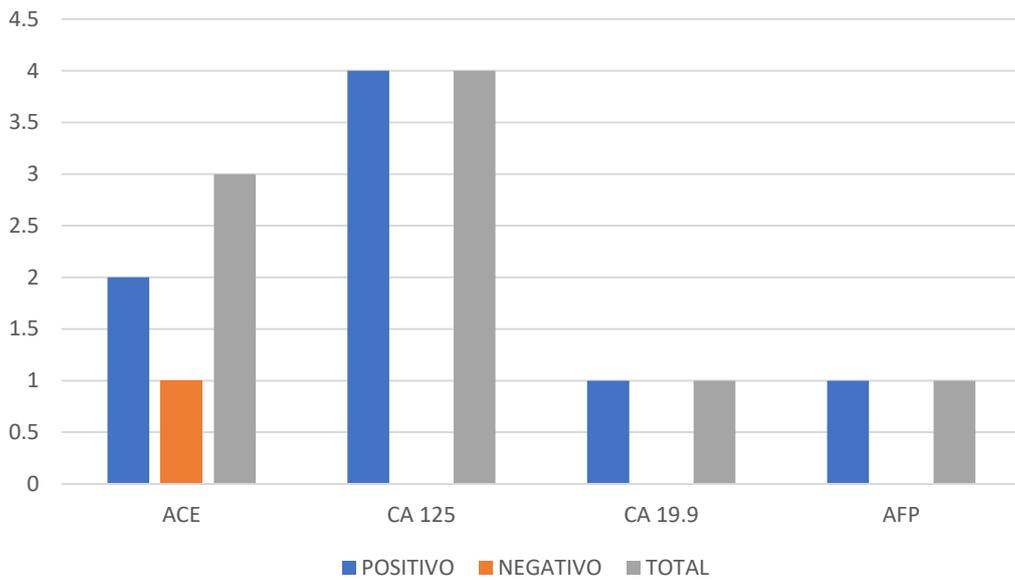


Los pacientes que presentaron estos diagnósticos fueron evaluados por especialistas y se determinó la realización de medidas terapéuticas, de las cuales la colonoscopia fue la mayormente realizada con 10 procedimientos, seguido de colecistectomía y laparotomía exploradora(LAPE) más resección intestinal y realización de estoma que presentaron 8 procedimientos cada uno, en tercer lugar la realización de LAPE más toma de biopsia y LAPE más resección intestinal y anastomosis con 5 procedimientos cada uno, la realización de endoscopia y apendicectomía con tres procedimientos cada uno y los más inusuales fueron la CPRE, gastrectomía y una pancreatocmía. (Fig. VIII)



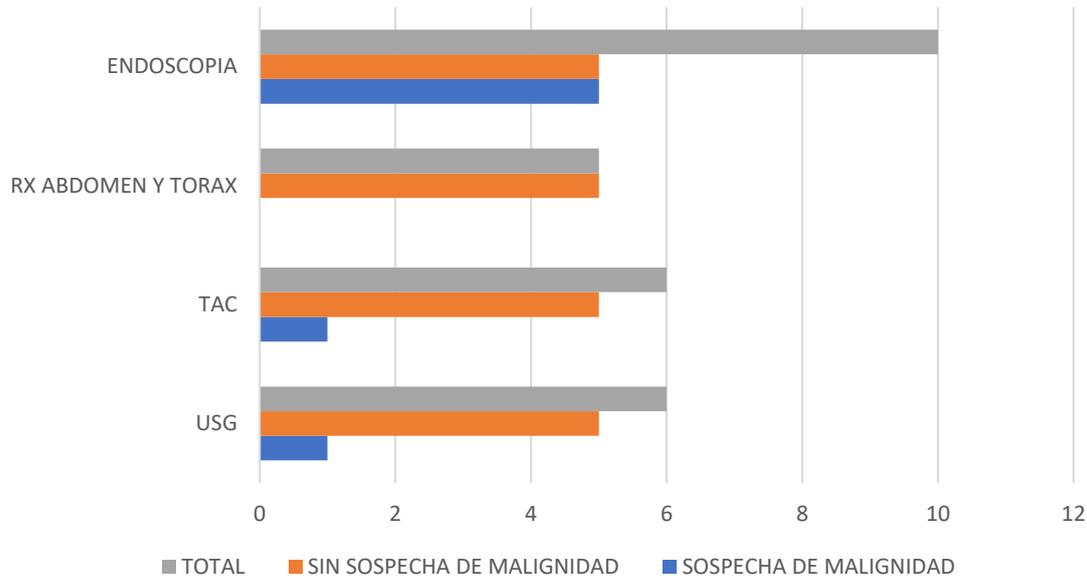
Una vez realizado el procedimiento, con la sospecha diagnóstica de una probable lesión maligna en aparato digestivo, se procedió a la toma de marcadores tumorales en 8 pacientes, de los cuales CA 125 fue el mayormente solicitado con 4 casos, de los cuales todos fueron positivos, el ACE (antígeno carcinoembrionario) presentó tres casos, de los cuales dos fueron positivos y uno fue negativo, en CA 19.9 y AFP (alfa feto proteína) presentaron un caso cada uno y ambos fueron positivos. (Fig. IX)

Fig. IX Realización de marcadores tumorales



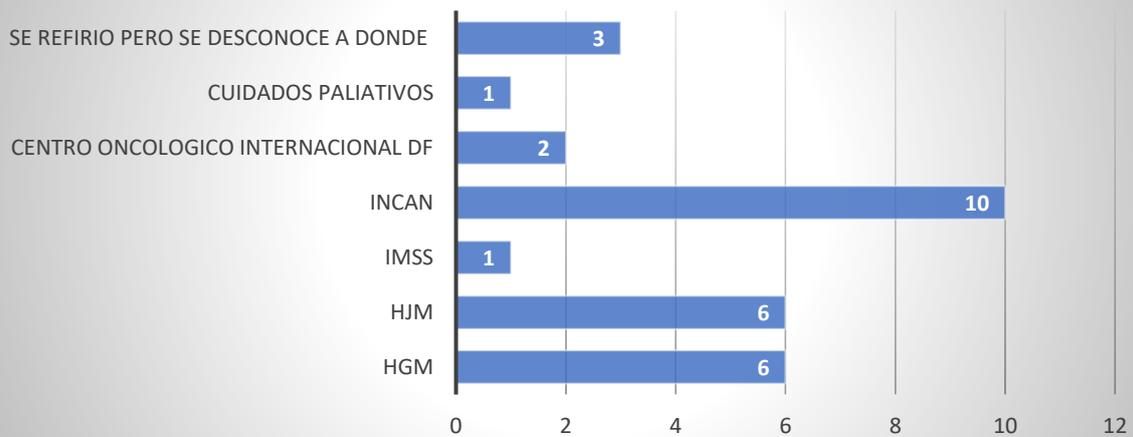
De los 47 pacientes con diagnóstico confirmado de patología maligna a nivel de aparato digestivo, la mayoría de ellos contaban con paraclínicos previos, los más usuales fueron la tomografía computada y el ultrasonido, cada uno con 6 resultados reportados, de los cuales la tomografía presentó sospecha para tumor en un solo reporte, de igual forma el ultrasonido predijo diagnóstico de malignidad en un reporte, sin embargo, la endoscopia, siendo un método diagnóstico terapéutico, presentó un reporte sugerente de patología maligna en 5 ocasiones de los 10 procedimientos aquí mencionados. Las radiografías por ser menos sensibles y específicas no ofrecieron sospecha diagnóstica para neoplasia. (Fig. X)

Fig. X Estudios de gabinete previos



Una vez que se contó con los diagnósticos histopatológicos que apoyaban el diagnóstico de cáncer de aparato digestivo, se decidió en su mayoría la referencia de los pacientes a tercer nivel de atención, para continuar con manejo médico o quirúrgico si así lo requiera. El hospital con mayor número de referencias fue INCAN (instituto nacional de cancerología) con 10 pacientes, HJM (Hospital Juárez de México) y HGM (Hospital General de México) con 6 pacientes cada uno, dos referencias al Centro Oncológico Internacional DF, tres pacientes referidos a tercer nivel sin embargo se desconoce en donde continuaron con su tratamiento, un paciente se mantuvo en cuidados paliativos. Se observó que solo se refirieron 29 pacientes de los 47 en el estudio, tomando en cuenta que 4 fallecieron durante su estancia intrahospitalaria, uno solicitó alta voluntaria, otro más fue rechazado en INCAN por considerarlo fuera de tratamiento y no continuó consultas en esta unidad, los expedientes de los restantes no mencionan referencia o seguimiento por esta institución. (Fig. XI)

Fig. XI Lugares de referencia para tratamiento oncológico



V. DISCUSION

Al nombrar la palabra “cáncer” de inmediato viene a la mente una catástrofe de salud, además de representar un paso final antes de llegar a la muerte. Dar un diagnóstico de cáncer hace que el paciente y su entorno social sufran alteraciones anímicas tan grandes que se tiene perdida la lucha antes de iniciarla.

El impacto que ha tenido el cáncer en México y en el mundo ha sido devastador, tomando como referencia un lapso de 5 años, la epidemiología internacional se ha modificado de manera importante, según la OMS para el año 2030, alrededor de 12 millones de personas morirán a causa de este padecimiento, destacando los tumores de tracto digestivo [1].

Teniendo en cuenta el número creciente de tumores malignos asociados al tracto digestivo, es de vital importancia el reconocimiento de este padecimiento desde etapas tempranas, así mismo, representan una urgencia quirúrgica que debe ser un diagnóstico diferencial entre los diagnósticos más usuales que se atienden por el servicio de cirugía general.

En el Hospital General Dr. Enrique Cabrera, se tuvieron 47 casos confirmados de cáncer de tracto gastrointestinal con resultado histopatológico, con predominio por el sexo femenino, en relación 2.3:1 y predominio entre los 60 y 80 años.

Encontramos al cáncer de la vía biliar y de colon como los diagnósticos con mayor incidencia en este hospital, cada uno con 10 casos confirmados en el periodo estudiado, a nivel mundial el cáncer de colon representa la tercera forma más común de neoplasia, con casi el 10% de todos los diagnósticos de malignidad en el mundo [1], mientras que el cáncer de la vía biliar comprende solo el 3% de los tumores gastrointestinales a nivel mundial, es decir, es un tumor menos frecuente. Sin embargo, en nuestra unidad fue de las más frecuentes, esto debido quizás a que en nuestra unidad la colecistectomía es uno de los procedimientos mayormente realizados, y con el auge que ha tomado esta cirugía y la endoscopia, su diagnóstico se ha hecho cada vez más frecuente [17].

El cáncer gástrico y de recto fueron los siguientes más frecuentes, a nivel mundial el cáncer gástrico representa el quinto lugar de mortalidad por tumores malignos, mientras que en nuestro país representa la tercer causa de muerte, en nuestro estudio, se observó en tercer lugar de frecuencia, teniendo cinco casos reportados, y un caso de perforación gástrica por tumor ulcerado, siendo el único caso reportado para este padecimiento con laparotomía exploradora, debido a que los otros tumores fueron encontrados por endoscopia, método que se ha convertido en el estándar para este diagnóstico y en países de primer mundo incluso la endoscopia representa la mejor alternativa de tratamiento en etapas tempranas, con la mucosectomía, que en países como Japón se realiza desde hace 15 años [18].

El cáncer de recto por otro lado representa 5 millones de defunciones alrededor del mundo por año, tomando en cuenta todos los tipos de cáncer colorrectal, sin embargo, por el tipo de tratamiento quirúrgico, se dividió en este estudio como cáncer de colon, cáncer colorrectal y cáncer de recto.

De los padecimientos más comunes que el cirujano general se enfrenta a diario, tenemos a la apendicitis, de las cuales en el hospital general Dr. Enrique Cabrera, se atienden por año aproximadamente 1000 apendicectomías, de las cuales 4 tuvieron etiología maligna, esto lo hace un tumor extremadamente raro en nuestro medio, representando el 0.1% de las cirugías practicadas en el apéndice. Sin embargo, el conocimiento de esta patología permitirá al quirúrgico llevar a cabo el mejor tratamiento para el paciente, observamos en los resultados que un tumor carcinoide de apéndice fue programado y al momento de la cirugía se llevó a cabo una hemicolectomía derecha, justificada por la presencia de esta neoplasia. Los tumores carcinoides de apéndice tienen una incidencia en la población general de 0.004% a 0.08. el 75% de estos tumores se encuentra localizado en el apéndice y tan solo el 10% de los pacientes desarrollarán síndrome carcinoide [19].

El cáncer en el intestino delgado representó 3 casos en el periodo estudiado, siendo a nivel mundial también poco frecuentes, con 6% de los tumores gastrointestinales [15], son silenciosos, a veces un reto diagnóstico, sin embargo, para el cirujano general representa en muchas ocasiones una urgencia

quirúrgica cuando la luz intestinal se ve comprometida y genera oclusión intestinal. En este caso, todos los diagnósticos ameritaron la realización de laparotomía exploradora, en un caso el diagnóstico fue sepsis abdominal con perforación intestinal asociada al tumor. Los otros casos la oclusión predominó. El diagnóstico de esta entidad se hace difícil por el bajo alcance que tiene la endoscopia para llegar a recorrer la totalidad del intestino delgado, por lo que se recurre a la resonancia magnética y a la tomografía computada, sin embargo, en nuestro medio la oclusión intestinal es lo más común y debe ser siempre un diferencial en este padecimiento [20].

Se encontraron dos tumores de hígado, uno de ellos programado como colecistectomía y durante el procedimiento se observó un tumor hepático al cual se le tomó biopsia, siendo positivo para hepatocarcinoma, en el otro procedimiento se realizó laparotomía por abdomen agudo, presentando hemoperitoneo y adherencias. La incidencia del hepatocarcinoma ha aumentado a nivel global; Según la Organización Mundial de la Salud, el hepatocarcinoma es el quinto tumor más común en el mundo y la segunda causa más común de muerte relacionada con el cáncer, alcanzando hasta 700,000 individuos por año. La ratio hombre: mujer es 2:1 y aproximadamente el 83% de los estimados 782,000 nuevos casos de hepatocarcinoma en 2012 ocurrieron en las regiones menos desarrolladas del mundo.

Aunque los tumores de páncreas en nuestro medio son raros, en el periodo estudiado se logró encontrar un solo tumor de cabeza de páncreas, como hallazgo en un abdomen agudo, solo se tomó biopsia durante la cirugía, y confirmado el diagnóstico se realizó referencia a tercer nivel, debido a que el paciente contaba con seguridad social. En nuestro hospital fue un hallazgo poco frecuente, sin embargo, es una patología temida, con una sobrevida estimada que no supera 5 a 7% a 5 años de seguimiento, con 48960 casos nuevos anuales en Norteamérica y 40560 muertes durante el mismo año [21].

Estos fueron los pacientes con diagnóstico de malignidad en un periodo de 4 años, los cuales fueron atendidos y diagnosticados en esta unidad, haciendo hincapié en que algunos pacientes con síndrome icterico en estudio, con toma de biopsia por probable colangiocarcinoma, fueron referidos a otra unidad para apoyo con Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE), por lo que no se ven reflejados en los resultados de este estudio. Llama la atención que, de estos pacientes, el diagnóstico previo al resultado de patología en un 97.8% (46) no tenían relación con patología maligna, habiendo solo un caso con sospecha previa de malignidad y que se ingresó a quirófano con ese diagnóstico. Este es un dato importante, debido a que tal vez sí se tenía como un diferencial la probabilidad de cáncer, sin embargo, no se planteó en las notas, y la correlación del procedimiento realizado con el diagnóstico histopatológico difieren abismalmente.

Los paraclínicos previos también son de importancia, puesto que 27 estudios que se reportaron solamente 7 (25.9%) presentaron sospecha para diagnóstico de cáncer, lo cual nos genera aún más conflicto, debido a que si el clínico duda en su diagnóstico, los estudios de apoyo no generan gran diferencia, con un resultado que se aleja de la patología real, además de casi confirmar la sospecha inicial, para finalmente en el procedimiento se encontrara que la sospecha y el resultado del paraclínico se encontraban errados. Es cierto que la mayoría de estos paraclínicos son operador dependiente, sin embargo, el resumen clínico adecuado al momento de presentar el caso son fundamentales para favorecer un diagnóstico adecuado.

Así mismo, una vez realizado el procedimiento, solo en 9 pacientes se encontró reporte de resultados de marcadores tumorales, los cuales fueron netamente positivos en 8 resultados (88.8%). Esto no refleja un diagnóstico en ningún momento, los marcadores ayudan más importantemente al seguimiento del paciente postoperado con cáncer, y es un buen indicativo para pronóstico, sin embargo, no está de más hacer uso del recurso y orientar aún más la posibilidad de un diagnóstico asertivo.

Las referencias de estos pacientes a un centro especializado de oncología, que cuente con el recurso de quimioterapia, radioterapia, en donde se estadifique, y se dé seguimiento a esta patología es de vital importancia para los pacientes

confirmados para cáncer. El centro de mayor referencia fue (Instituto Nacional de Cancerología) INCAN, con 10 pacientes (34.4%), siguieron Hospital General de México y Hospital Juárez de México, cada uno con 6 pacientes (20.6%), 2 pacientes (6.8%) se enviaron al Centro Oncológico Internacional DF, un paciente (3.4%) contaba con seguridad social, uno más fue enviado a cuidados paliativos y tres pacientes se refirieron pero se desconoce a que institución. De 44 pacientes (excluyendo pacientes que fallecieron), haber referido a 29 (61.7%) es una cifra baja, considerando que todos los pacientes ya contaban con resultado definitivo histopatológico, lo cual no fue así.

VI. CONCLUSION

En el Hospital General Dr. Enrique Cabrea, se analizaron 5 años buscando intencionadamente pacientes con padecimientos oncológicos de tubo digestivo, obteniendo 47 pacientes, a los cuales la atención fue proporcionada por urgencia médica, en la mayoría de los casos sin sospecha de riesgo de cáncer, aunque son los menos casos, es una patología que genera gran impacto social, personal y económico para el paciente, y que necesita un manejo adecuado, que ahorre tiempo para el paciente, que evite diagnósticos incompletos o ambiguos, por lo que el personal médico debe involucrarse en estos aspectos.

Algunos pacientes dejaron de acudir a seguimiento, algunos otros al momento del alta hospitalaria y con su referencia a tercer nivel ya no cuentan con vigilancia por esta institución, es una prioridad continuar con la atención de estos pacientes a pesar de haber sido referidos, y todo ser acentuado en el expediente clínico.

A nivel personal, encontré con una grata sorpresa, que se han atendido muchos más padecimientos oncológicos de los que imaginé al comenzar este estudio, con cirugías que no creí que se hubieran realizado en esta unidad. Ante el aumento de la frecuencia de diagnóstico de cáncer, considero que la formación del cirujano general debe involucrarse más con este tema, y que la rotación por servicios de oncología debe ser más extensa.

VII. BIBLIOGRAFIA

1. Gonzáles, L. Caracterización de pacientes operados de cáncer colorrectal. Cienfuegos 2014 a 2016. Medisur, 2018, 16:4, 671-10
2. México. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Principales causas de mortalidad por residencia habitual, grupos de edad y sexo del fallecido, 2015. Accessed: February 22, 2017. Available at: <http://www.inegi.org.mx/default.aspx>
3. Sánchez-Barriga JJ. Mortality trends and years of potential life lost from gastric cancer in Mexico, 2000-2012. Rev Gastroenterol Mex 2016; 81:65- 73.
4. Sampieri CL, Mora M. Gastric cancer research in Mexico: a public health priority. World J Gastroenterol 2014; 20:4491-502.
5. Medrano-Guzmán R, Valencia-Mercado D, Luna-Castillo M, et al. Prognostic factors for survival in patients with resectable advanced gastric adenocarcinoma. Cir 2016; 84:469-76.

6. Huang Q, Fang C, Shi J, et al. Differences in clinicopathology of early gastric carcinoma between proximal and distal location in 438 Chinese patients. *Sci Rep* 2015; 5:13439.
7. Duma N, Sánchez LJ, Castro YS, et al. Gastric adenocarcinoma: clinicopathologic differences among Hispanics and non-Hispanic whites. A single institution's experience over 14 years. *Ann Gastroenterol* 2017; 29:325-31.
8. Suh DD, Oh ST, Yook JH, et al. Differences in the prognosis of early gastric cancer according to sex and age. *Therap Adv Gastroenterol* 2017; 10:219- 29.
9. Zurita cruz, JN, et. al. Mortalidad de Cáncer Gástrico en México 2005-2015: Perfil epidemiológico. *iMedPub Journals* 2017, 13:4.
10. Sampieri CL, Mora M (2014) Gastric cancer research in Mexico: A public health priority. *World J Gastroenterol* 20: 4491-4502.
11. <http://ensanut.insp.mx/informes/ENSANUT2012ResultadosNacionales.pdf>

12. Figueroa-Lara A, González-Block MA, Alarcon-Irigoyen J (2016) Medical Expenditure for chronic diseases in Mexico: the case of selected diagnoses treated by the largest care providers. PLoS One 11: e0145177.

13. Galiano de Sánchez MT. Cáncer colorectal. Rev Col Gastroenterol [revista en Internet]. 2005 [cited 23 Ene 2018]; 20 (1): [aprox. 8p]. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-9957200500010000618p.

14. Olano, C, et al. Prevalencia de tumores malignos de intestino delgado en pacientes estudiados con cápsula endoscópica. Acta Gastroenterol Latinoam 2018;48(2):138-143

15. Martínez, N. et al. Tumores mesenquimales de intestino delgado: descripción de dos casos inusuales. Revista Española de Enfermedades Digestivas. 2016, 108:7, 432-433.

16. Pérez-Cruz, E. et al. Cáncer de tracto digestivo: asociación entre el estado nutricional y la capacidad funcional. Gac Med Mex. 2017; 153:575-580

17. Campos Medina, et, al. Cáncer de vesícula biliar. Gastroenterología. Revista médica de Costa Rica y Centroamérica. 2008; 583:147-152
18. De la Torre, et al. Guía para el diagnóstico y tratamiento del cáncer gástrico. Tratamiento. Revista de gastroenterología de México. 2(75): 243-246.
19. Díaz M Buitrago K González P. Tumor carcinoide del apéndice cecal: cuando un hallazgo incidental modifica drásticamente el pronóstico y tratamiento del paciente. Rev Colomb Gastroenterol. 2017; 32: 72-74
20. Sánchez Ramon. Tumores de intestino Delgado: experiencia en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán. Revista de gastroenterología de México. 2012; 77(4): 181-185
21. Siegel R, Miller K, Jemal A. Cancer Statistics 2015, CA. Cancer J Clin 2015; 65 (1): 5-29