

11209
2 ej 135



Universidad Nacional Autónoma de México

División de Estudios de Postgrado
HOSPITAL CENTRAL SUR CONCENTRACION NACIONAL
PEMEX

CANCER GASTRICO TEMPRANO.
SU RELACION CON EL CANCER GASTRICO AVANZADO
Y EXPERIENCIA EN EL HCSCN

T E S I S

Que para obtener el Grado de
CIRUJANO GENERAL

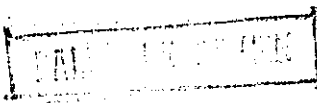
p r e s e n t a

DR. JUAN ROBERTO TORRES CISNEROS



México, D. F.

1988





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.

INDICE

INTRODUCCION.....	2.
ANTECEDENTES BIBLIOGRAFICOS.....	4.
Factores Epidemiológicos.....	5.
Condiciones Predisponentes.....	7.
Clasificación Macroscópica.....	12.
Sintomatología.....	14.
Métodos Diagnósticos.....	15.
Estadificación.....	16.
Clasificación Histológica.....	17.
MATERIAL Y METODOS.....	18.
RESULTADOS.....	20.
DISCUSION.....	28.
CONCLUSIONES.....	32.
BIBLIOGRAFIA.....	34.

El Dr. Theodor Billroth (1829-1894), intervino quirúrgicamente a la Sra. Teresa Heller, el 29 de enero de 1881, con diagnóstico de Cáncer Gástrico, encontrando durante la intervención algunos nódulos linfáticos mesentéricos de características metastásicas, los cuales fueron resecaados junto con el estómago. Unos meses después la Sra. Heller murió debido a la persistencia de la enfermedad .

El mayor logro del Dr. Billroth fue lograr que la paciente sobreviviera a la operación; lo cual dió un gran avance a la Cirugía .

(Billroth T. Offenses Schreiben an Herrn. Dr. L Wittelschofer
Wein. Med. Wochanschr, 31;161, 1881)

I N T R O D U C C I O N

La mortalidad por tumores malignos del aparato digestivo constituye un problema de salud pública en México. El Cáncer Gastrointestinal ocupa en nuestro país el 28.8% de todas las neoplasias, después del cáncer Cérvico-uterino en la mujer y el pulmonar en el hombre. De las nueve localizaciones del tubo digestivo, el sitio más frecuente es el estómago, ocupando el 47.6% en el varón y el 41.6% en la mujer; incidencia observada en la mayoría de los Hospitales Mexicanos e igualmente encontrada en nuestra institución (2) .

En Estados Unidos como en otros países se ha observado una franca disminución en su incidencia, (5.2 por cien mil personas) (3), pero aún así se calcula que el número de muertes anuales por el Cáncer Gástrico es de aproximadamente 24,000 personas, y ocupa el sexto lugar como causa de muerte en los Estados Unidos (4) .

Es conocido que los pacientes diagnosticados con Cáncer Gástrico son incurables en el momento de su detección hasta un 50%, y que más del 20% son irresacables en el momento de la cirugía; por lo mismo están afectados los ganglios linfáticos en el 80% de los pacientes, el 40% tienen implantes peritoneales y el 33% presentan metástasis hepáticas en el momento del diagnóstico (5) .

Evidenciándose de esta forma que su inmensa mayoría de Cáncer Gástrico se diagnostica en etapas avanzadas .

Después de una resección Gástrica, no más del 14 al 26% de los pacientes sobreviven 5 años, situación que ha cambiado muy poco durante las 3 últimas décadas (6) . El pronóstico depende del estadio en que se encuentre la enfermedad en el momento de la cirugía, y está más reservado cuanto más afectados está la pared gástrica o la presencia de adenopatía .

La incidencia alta de este tumor en Japón, ha estimulado un programa de escrutinio (screening) masivo para conseguir su detección temprana. Después -

de los años treinta, con la introducción de la Gastrocámara, reemplazada posteriormente por el fibroscopio, los Rayos X con técnicas de doble contraste, - estudios diagnósticos que se hicieron rutinarios en pacientes potenciales o en población de alto riesgo, se ha conseguido que para 1980, más de una tercera parte y hasta un 50% de los pacientes con Cáncer Gástrico sean encontrados en etapa o estadio I, lo cual los hace altamente curables; observándose reportes de sobrevida global mayor al 50% (1) (6) (7).

Publicaciones posteriores en el mundo occidental han demostrado un aumento progresivo en el interés por el Cáncer Gástrico Temprano, término aplicado a una enfermedad incipiente, con altas posibilidades de curación .

La detección oportuna del cáncer, la cirugía más segura o confiable y en algunos casos el tratamiento adyuvante, han hecho que se mejore la sobrevida de los pacientes con esta patología .

En nuestro país no se ha dado el suficiente interés del Cáncer Gástrico Temprano, en gran parte debido a que no tenemos la misma incidencia que en Japón, a que no hay un grupo de población de alto riesgo bien definido, a que las técnicas de Rayos X de doble contraste no se han hecho populares, la endoscopia Fibroscópica no es utilizada rutinariamente en pacientes con sintomatología vaga y mucho menos en pacientes en quienes los procedimientos radiológicos no se han inclinado en la sospecha de cáncer. El propósito de este trabajo es enfatizar la importancia de un diagnóstico temprano de la lesión y compararlo con las neoplasias más avanzadas que se encuentran con más frecuencia; en la búsqueda de ofrecer un mayor beneficio a nuestros pacientes .

ANTECEDENTES BIBLIOGRAFICOS

Durante los últimos treinta años, los investigadores Japoneses han demostrado la importancia del Cáncer Gástrico incipiente en el diagnóstico oportuno de la neoplasia. Se define esta entidad como la lesión confinada a la mucosa o submucosa del estómago, que no se extiende a la muscularis propia y que es independiente de la presencia de nódulos linfáticos metastásicos. Este término no se refiere al tamaño de la lesión y por lo tanto tampoco a su localización, pero significa un tumor potencialmente - curable (1) (6) (7) (8).

La supervivida a 5 años después de la resección quirúrgica de esta - lesión es mayor al 90%. Los médicos japoneses han sido capaces de incrementar considerablemente la incidencia del Cáncer Gástrico Temprano desde un 1% en el período de 1946 a 1950, hasta por arriba del 50% en estadísticas más recientes (1). Esto se ha conseguido gracias al desarrollo de mejores técnicas diagnósticas y al estudio masivo de la población .

Es importante señalar que existen varias limitaciones para concebir el método de realizar endoscopias a grandes grupos de población asintomática, aún cuando se realice en países de alto riesgo como Japón. El rango de detección ha variado de 1.45 por cada 1000 pacientes estudiados en 1966 a 0.95 en 1978 (1). Decremento observado por una incidencia menor o por un mayor número de población estudiada. Otra desventaja de este método es que no es posible realizarla en toda la comunidad, en Japón sólo el 14% de la población mayor de 40 años ha sido estudiada. Esta limitación es el escrutinio masivo de pacientes asintomáticos en países con alta incidencia de - Cáncer Gástrico, es más evidente en países con una incidencia baja; En Estados Unidos en un estudio realizado en Nueva York, Sherman y Synder, (9), investigaron 31,895 personas asintomáticas y detectaron sólo 7 casos de Cáncer Gástrico. Por lo tanto es obvio que es un método diagnóstico inapropiado para la búsqueda de la lesión incipiente, sobre todo en países con bajo

riesgo. Por lo que se considera que se debe de tomar en consideración solamente a pacientes con alto riesgo del Cáncer Gástrico y a personas cuya sintomatología nos lo haga sospechar. Para definir estos grupos de riesgo elevado se toman en consideración los factores epidemiológicos, condiciones predisponentes y lesiones precancerosas, comparando además los síntomas del Cáncer Gástrico avanzado con los de las lesiones incipientes .

Factores Epidemiológicos :

Existen variaciones en cuanto a la incidencia del Cáncer Gástrico, siendo una lesión muy frecuente en Japón, Chile e Islandia. En Estados Unidos ocupa el sexto lugar como causa de muerte, observando en este como en otros países una baja incidencia y una disminución en la misma en los últimos años, siendo de 28.8 por cien mil en 1930 a 5.2 en mujeres y 11.9 en hombres blancos y de 8.3 y 21.3 en mujeres y hombres de color, respectivamente, según estadísticas publicadas por el Dr. DiMagno en 1970 (3). Esta disminución, aunque no tan importante también se ha observado en Inglaterra, Japón y en nuestro país. Las razones de esta disminución no son claras, pero se sugiere que existen factores genéticos o alimenticios que la modifican, por ejemplo en japoneses que emigran a Hawái, la incidencia en la primera generación es similar a la del Japón, pero la incidencia en la segunda generación es significativamente menor. En algunos trabajos se han realizado seguimientos familiares encontrando que aquellos que tienen una historia familiar de carcinoma gástrico tienen un 33% de probabilidades más de morir por Cáncer Gástrico que en comparación con los que no tienen historia familiar. Una evidencia mayor de la relación genética del Cáncer Gástrico es lo observado con la mayor frecuencia de grupo sanguíneo tipo "A" en comparación a el grupo "O", sin embargo esta relación es solamente de 1.2, por lo que no se considera concluyente (4) .

La relación entre clases sociales y el Cáncer Gástrico esta bien establecida. En Estados Unidos, Dinamarca y Gran Bretaña la incidencia de este tumor es más alta en personas que realizan esfuerzos físicos en compa

ración con los que tienen una vida sedentaria. La incidencia es particularmente alta en aquellos que realizan trabajos pesados, sugiriéndose que se debe a que estas personas tienen un mayor ingesta de alimentos carcinogénicos (1). También se ha asociado una frecuencia mayor con algunos grupos ocupacionales, como mineros de carbón, granjeros y trabajadores de refinerías de Níquel (URSS), así como en los trabajadores de asbestos (4).

En nuestro país existe una diferencia de la incidencia observada en diferentes instituciones hospitalarias, observando una mayor frecuencia de cáncer de colon y recto en hospitales que manejan poblaciones del nivel socioeconómico alto, en relación a una mayor frecuencia de Cáncer Gástrico en hospitales con población de escasos recursos (10).

En cuanto a la dieta, existe evidencia de que uno de los factores que intervienen en su etiología puede atribuirse a los alimentos. Es cierto que existen un gran número de aditivos, pesticidas, insecticidas y sustancias químicas, que han sido introducidas comercialmente en los últimos 40 años y que han exhibido propiedades carcinogénicas en modelos de experimentación. En los Estados Unidos la ingesta de carne, leche, cítricos, frutas y vegetales verdes ha contribuido en la disminución de frecuencia del cáncer. Los alimentos de alto riesgo carcinogénico incluyen pescado seco, salado o ahumado. Se ha sugerido que algunos alimentos con sustancias alquilnitrogenados inducen al Cáncer Gástrico de tipo intestinal en animales de experimentación y que se relacionan con la carcinogénesis del Cáncer Gástrico en el humano. En estas sustancias también se encuentran en algunos tipos de pescado de Japón, y llama la atención que también se encuentran en las leguminosas como las habas y los frijoles tan ampliamente consumidos en Latinoamérica y en nuestro país. La acción carcinogénica de estas sustancias se ha demostrado bloqueada por la vitamina C y la vitamina E, sugiriendo que los alimentos como frutas frescas, vegetales o la Vitamina C complementaria, pueden ser efectivos en la prevención del Cáncer Gástrico (11).

La sal también tiene un efecto promotor en la carcinogénesis gástrica, observando que puede ocasionar daño en la mucosa, gastritis, elevación del PH y una mayor colonización gástrica, y por lo tanto una fuente bacteriana de nitritos en el estómago (1) .

La evidencia de la asociación entre tabaquismo y el Cáncer Gástrico está en discusión, aunque sí se ha demostrado su relación con otros tipos de neoplasias .

Condiciones Predisponentes :

Una condición predisponente es un estado clínico asociado con un riesgo alto de presentar cáncer .

Se sabe por ejemplo que un paciente con anemia perniciosa, es hasta 20 veces más susceptible que la población normal de presentar Cáncer Gástrico. Igualmente en aquellos en quienes se ha realizado gastrectomía parcial por una situación benigna, tienen un riesgo de 5.5% de desarrollar carcinoma en la porción gástrica remanente en un período de 10 a 15 años, pero su riesgo aumenta con el paso de los años siendo mayor después de los 25 años. Existen estudios que informan que el tipo de cirugía gástrica más frecuente relacionado con cáncer es la conocida como Billroth II, debido probablemente a los cambios de PH ocasionados por el reflujo gastrobiliar; también se ha sugerido un mayor riesgo después de otro tipo de cirugía de estómago, inclusive la vagotomía con piloroplastia .

En la lesión precancerosa existe una anomalía histológica epitelial en la que la neoplasia puede aparecer con mayor facilidad que en la mucosa normal. Las lesiones que se puede asociar con adenocarcinoma gástrico son, la gastritis crónica, la metaplasia intestinal, la displasia, los pólipos gástricos y para algunos autores la úlcera péptica. Se ha mencionado la enfermedad de Menetrier como una lesión probablemente precancerosa pero esta relación no ha sido eficazmente comprobada (1) .

La gastritis crónica se encuentra frecuentemente en asociación con el cáncer de estómago. El 94% de los cánceres superficiales se encuentran en áreas de gastritis y se ha encontrado adenocarcinoma hasta en un 10% de los pacientes en los que se asocia metaplasia intestinal y gastritis crónica. Esta última se clasifica en :

- a) Autoinmune
- b) Hipersecretora
- c) Ambiental

La gastritis crónica autoinmune, clásicamente está asociada con anemia perniciosa. La lesión envuelve el cuerpo, el fondo y deja el antro intacto. Aumenta su prevalencia y severidad con la edad y se observa más frecuentemente en el hombre que en la mujer. Hay que aclarar que no todas las gastritis autoinmunes desarrollan anemia perniciosa, pero si en una proporción significativa. La metaplasia intestinal y la displasia generalmente acompañan a la gastritis autoinmune. Característicamente cuando el cáncer se desarrolla en el estómago, predomina en el cuerpo gástrico.

La gastritis crónica hipersecretora generalmente se asocia con úlceras pépticas. Con la presencia de úlcera duodenal la gastritis se confina al antro y se extiende alrededor de la úlcera cuando se encuentra en el estómago. Histológicamente existe una distorsión del epitelio glandular pero no significa estrictamente metaplasia intestinal, y su relación con Cáncer Gástrico no es concluyente .

La gastritis crónica ambiental tiene una prevalencia en ciertas partes del mundo. Geográficamente coincide con las zonas de riesgo elevado de Cáncer Gástrico, principalmente el de tipo intestinal. Los cambios en la mucosa gástrica ocurren a temprana edad, con cambios identificables desde los 20 a 25 años. En poblaciones con una incidencia baja de carcinoma gástrico, este tipo de gastritis se encuentra en menos del 20% de los casos, pero se incrementa a 70% o más en áreas en donde existe riesgo alto. Generalmente es multifocal involucrando antro y cuerpo, localizándose inicialmente en la curvatura menor, por debajo de la incisura angularis.

Histológicamente la lesión moderada muestra cambios característicos de gastritis aguda, con un denso infiltrado inflamatorio por debajo de la lámina propia. Conforme se va haciendo más crónica, se presenta gastritis atrófica debido a una pérdida progresiva de glándulas gástricas, con la subsecuente regeneración de la mucosa, reemplazándose con mucosa de tipo intestinal. Esta progresión se denomina intestinalización de la mucosa gástrica. Ocurren cambios displásicos y puede progresar a la malignización de tipo intestinal en la clasificación de Laureus (1) .

El adenocarcinoma difuso no se acompaña de gastritis, por lo que la clasificación del carcinoma gástrico en intestinal y difuso es útil cuando se relaciona con gastritis y en relación a su epidemiología y - distribución geográfica .

Es importante diferenciar entre Cáncer Gástrico Temprano y displasia intestinal, considerando que la displasia es una lesión precancerosa, caracterizada por una atipia celular, con diferenciación anormal y desarreglo en la arquitectura de la mucosa, la que puede dar origen en caso de que progrese a carcinoma .

Existen múltiples clasificaciones de la displasia gástrica; Nagayo, patólogo japonés, clasifica las lesiones gástricas en 5 categorías, la primera corresponde a la mucosa gástrica de características normales y la última a cáncer. Los tres grados intermedios se describen como: 1) Lesiones benignas con atipia leve o displasia leve. 2) Lesiones limftrofes o border line. 3) Probablemente carcinoma .

Otras clasificaciones como la de leve, moderada y severa, enfatizan la progresividad de las displasias, llegando finalmente a carcinoma - (bibliografía) (12) (14) .

Se ha demostrado que la metaplasia intestinal del estómago es más frecuente en países donde la incidencia del Cáncer Gástrico es alta, esta lesión se define como la substitución del epitelio del estómago por epitelio intestinal, que contiene glándulas de Paneth y caliciformes. En Japón donde el Cáncer Gástrico causa el 40% de todas las muertes por enfermedad maligna, existe metaplasia intestinal en el 80% de los estómagos resecaados por Cáncer Gástrico. Además el tipo intestinal de carcinoma, o también reconocido como adenocarcinoma bien diferenciado se asocia más frecuentemente con metaplasia intestinal. En los casos en que no se observa metaplasia intestinal el tumor generalmente es poco diferenciado y presenta el patrón de carcinoma difuso. Esta última variedad histológica es más frecuente en países occidentales, en donde se observa metaplasia intestinal con menos frecuencia que en Japón (4) .

Existe evidencia experimental para sugerir que el cambio metaplásico es una lesión precursora del carcinoma gástrico inducido. En estudios efectuados en ratas, autores japoneses han demostrado que la nitrosoguanidinas, que son carcinógenos gástricos conocidos, inducen primero la metaplasia intestinal gástrica, que es seguida por el Cáncer Gástrico. No hubo tumores en las ratas que no desarrollaron metaplasia intestinal tras la exposición al carcinógeno. La relación entre un hallazgo patológico premaligno bien definido como la metaplasia intestinal y la predisposición a un tipo específico de adenocarcinoma (el de tipo intestinal o bien diferenciado) implica un dato muy importante en la detección oportuna del Carcinoma Gástrico Temprano (4) .

Por medio de análisis histoquímicos e inmunológicos de mucinas se han demostrado que existen 3 tipos de metaplasia intestinal :

- Tipo I o completo, consistente en células de absorción maduras y células caliciformes que secretan sialomucinas .

- Tipo IIA o incompleto con pocas o ninguna célula de absorción, pero que muestra un epitelio columnar intermedio en varios estadios de diferenciación y que secretan sialomucinas .
- Tipo IIB también incompleto, con una más marcada diferenciación, - con epitelio columnar intermedio que secreta sulfomucinas, con células caliciformes que también secretan sulfomucinas. Este tipo de metaplasia es el que tiende a mostrar cambios displásicos y es además el tipo de metaplasia intestinal que más frecuentemente se asocia con cáncer (6) (13) .

La relación entre pólipo y úlcera gástrica con cáncer ha sido causa de grandes controversias. Se puede decir que los pólipos son rara vez lesiones precursoras del Carcinoma Gástrico. Existen tres tipos histológicos de pólipos hiperplásicos, adenomatosos y vellosos. Los pólipos adenomatosos e hiperplásicos son los más frecuentes y su posibilidad de malignización es sólo del 0.6%. Los pólipos adenomatosos se componen de células mucosas gástricas normales y son idénticos a las lesiones observadas en el Síndrome de Peutz Jegerss. Las lesiones que parecen tener potencial de malignización es el adenoma vellosos, que su relación es sólo del 2% en cuanto a la frecuencia de los otros tipos de pólipos, siendo 10 veces menos frecuentes que los hiperplásicos pero son claramente premalignos, encontrándose carcinoma en el 40% de estas lesiones (1) .

Con respecto a la úlcera gástrica existe controversia de su asociación con lesiones malignas. Una hipótesis sostiene que el Cáncer Gástrico se ulcera frecuentemente pero que las úlceras gástricas benignas rara vez se convierten en cáncer. En Estados Unidos se ha encontrado carcinoma en el 3% de las úlceras gástricas resacadas mientras que en Japón existe controversia pero se ha encontrado una altísima relación entre úlcera gástrica crónica y cáncer. En los años 50, el 70% de los cánceres precoces resacados mostraron una úlcera crónica profunda rodeada por una lesión cancerosa es--

trecha (4), lo que sugiere una posterior malignización de sus bordes; sin embargo en 1974 sólo el 10% de los cánceres gástricos se asociaron con úlcera gástrica, mientras que el 75% de los tumores resecaados mostraron un tumor maligno con ulceración. Este hecho puede explicarse porque se ha observado disminución en la incidencia de úlcera hasta en un 50%, gracias a la mejoría en los tratamientos médicos (4) (13) .

Otros estudios sugieren que la asociación entre úlcera gástrica y - Cáncer Gástrico Temprano pertenece a la clasificación o estadio III realizada por japoneses y que presupone la existencia primero de la lesión maligna y la ulceración posterior .

Clasificación Macroscópica del Cáncer Gástrico Temprano :

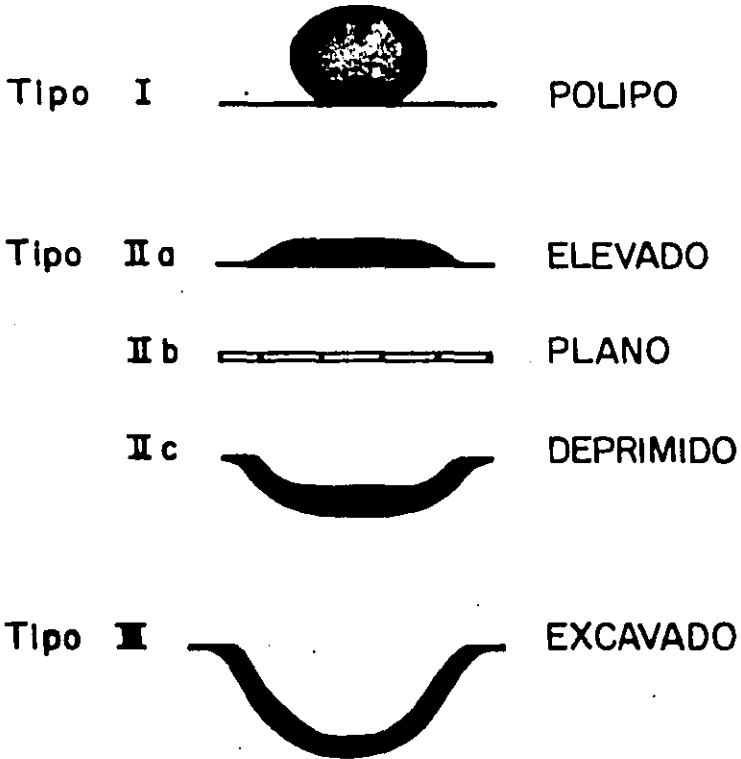
De acuerdo con la clasificación del Cáncer Gástrico Temprano propuesta por la Sociedad Japonesa de Gastroenterología Endoscópica, lo divide en tres tipos, basándose en las observaciones endoscópicas :

- Tipo I o protuido: El tumor se proyecta en la cavidad gástrica y puede ser polipoide, nodular o vellosa .
- Tipo II o superficial: Caracterizado por una superficie lisa y se subdivide en tres subtipos :

IIa o elevado, con la lesión bien circunscrita en forma de placa y ligeramente elevado de la mucosa que lo rodea .

IIb o plano, que es un tipo más difícil de identificar debido a que no existe anomalía macroscópica pero se puede encontrar cambios en la coloración .

IIc o deprimido, con una ligera depresión por debajo de la mucosa que la rodea, pero sin exceder el espesor normal de la mucosa .



- Tipo III o excavada, este tipo presenta una ulceración profunda en forma variable dentro de la pared gástrica, que envuelve más del espesor de la mucosa pero la lesión maligna confinada a la mucosa o submucosa gástrica (6) .

Una misma lesión puede presentar uno o más de los diferentes tipos - macroscópicos, observándose en su mayoría una combinación de los mismos .

Sintomatología :

Todos los pacientes con neoplasia gástrica desarrollan síntomas, pero el hecho de que el primer hallazgo clínico en más de una tercera parte de los pacientes sea una masa palpable, ascitis o los menos frecuentes hallazgos de metástasis ganglionares superficiales o ictericia, sugiere que puede existir enfermedad extensa antes de que el paciente busque ayuda médica. La dificultad para clínico es diferenciar entre enfermedad benigna o maligna. Por eso es importante identificar los síntomas de riesgo, en pacientes en los que es esencial precisar un diagnóstico antes de iniciar un tratamiento y esto se puede realizar analizando las diferencias clínicas del paciente con un Cáncer Gástrico Temprano y la misma enfermedad en etapas avanzadas .

No existe diferencia en su presentación en cuanto a edad y sexo, - entre el tumor incipiente y el avanzado. Presentándose más frecuentemente en hombres en una relación de 3.2, con una incidencia máxima entre los 55 y 65 - años .

El síntoma de presentación del cáncer incipiente es usualmente sugestivo de úlcera gástrica crónica, como dispepsia, dolor epigástrico, vómito, náusea, distensión abdominal y sangrado gastrointestinal. Algunos de estos datos pueden desaparecer con tratamiento médico, dilatando el diagnóstico correcto y la cirugía temprana. Por lo que siempre se recomienda en caso de - encontrar una úlcera gástrica por métodos radiológicos, someter al paciente a estudio endoscópico con toma de biopsias, no importa lo benigna que parece ser (7) (8) .

En el Cáncer Gástrico Temprano el síntoma de presentación es el más importante, observándose según varios estudios que la indigestión o el dolor abdominal alto se presenta en un 70.6% en pacientes estudiados en la Clínica Oxford y en 40.4% en estudios europeos (1) .

En el tiempo en que el paciente se presenta en el hospital, los datos clínicos pueden cambiar en relación a aquellos con los que inició el padecimiento. Al momento de la hospitalización el 78.4% presenta pérdida de peso, comparado con el 18.9% de pacientes con pérdida ponderal y con Cáncer Gástrico incipiente (1). La disminución de peso es significativamente menor en este tipo de pacientes y en los que se presenta existe una relación importante con úlcera gástrica péptica. Inclusive se menciona que los pacientes pueden llegar a mejorar con tratamiento de antagonistas H2.

La dispepsia no es un diagnóstico, sino un síntoma y que cualquier paciente mayor de 40 años, que se observa por primera vez con dispepsia de be de ser estudiado hasta un diagnóstico definitivo .

En las series japonesas, sólo el 50% de los pacientes con cáncer incipiente tienen síntomas y el resto es detectado por medio de los programas de estudio masivo. La naturaleza precisa de la sintomatología está relacionada con el tipo macroscópico del cáncer, así como su relación con las lesiones premalignas (6) .

Métodos Diagnósticos :

El Único exámen radiológico capaz de diagnosticar un Cáncer Gástrico Temprano es el estudio de doble contraste, preferentemente facilitado con mé todos de hipotonía. El estudio de endoscopia fibroscópica permite un acceso macroscópico a la mucosa gástrica y nos ofrece la posibilidad de realizar biopsias y citología por aspiración y cepillado. Después de encontrar una lesión, cuando menos 6 a 8 especímenes para biopsia se deben de tomar. Si

existe una úlcera, el área de mayor probabilidad de malignidad es el borde de la lesión. La endoscopia y biopsia repetida es necesaria para el diagnóstico. Usando los Rayos X y la endoscopia se alcanza una afinidad diagnóstica de hasta 98%, (en estudios japoneses). (6) (14) .

Se han investigado otros métodos para detectar Cáncer Gástrico, especialmente en grupos de alto riesgo; por ejemplo se ha encontrado en niveles altos de B glucoronidasa y deshidrogenasa láctica en jugo gástrico en pacientes con Cáncer Gástrico. Otros autores han reportado la presencia de un antígeno oncofetal o sialoglicoproteína fetal, también en jugo gástrico. Ninguno de los marcadores, ya sea en jugo gástrico o en suero son apropiados para un diagnóstico de Cáncer Gástrico (1) (12) .

Estadificación del Cáncer Gástrico :

Una división por estadios, nos ayuda a separar a los pacientes en diferentes grupos; la clasificación TNM es confusa y poco útil para el pronóstico y el tratamiento del Cáncer Gástrico, por lo que consideramos de mayor utilidad la clasificación por estadios. Este sistema se puede aplicar por cirujanos y patólogos y ofrece una información al oncólogo sobre el pronóstico y sobre la enfermedad residual que debe de ser tratada. Además ofrece la posibilidad de comparar resultados con otros estudios (1) .

Estadio :

- I. Sin afección más allá de la muscularis propia, afectando mucosa o submucosa .
- II. Con infiltración de la muscularis con nódulos linfáticos sin lesión .
- III. Con infiltración de cualquier capa del estómago e invasión a nódulos linfáticos .

IV. Con enfermedad residual después de una cirugía, no resecable o con metástasis .

Clasificación Histológica :

Numerosas clasificaciones de Cáncer Gástrico se han propuesto, unas basadas en su histogenisidad (Mulligan 1972), patobiología (Laurens - 1965, Ming 1977) o puramente descriptiva (WHO 1977), (15) (16) .

Laurens distingue dos tipos principales el carcinoma intestinal y - el difuso. El primero caracterizado por estructuras glandulares largas, - usualmente acompañadas por capus papilares y raramente por componentes sólidos. El tipo difuso con zonas aisladas multifocales o de foco extenso.

La clasificación de WHO (1977) sugiere la división de adenocarcinoma gástrico en cuatro subtipos: Adenocarcinoma papilar, adenocarcinoma - tubular, mucinoso y en células en anillo de sello. Junto a estos tipos WHO distingue otros subtipos como el adenocarcinoma escamono y el carcinoma - indiferenciado .

Mign también en 1977, clasifica el Cáncer Gástrico como expansivo o infiltrativo, de acuerdo a su tipo de crecimiento en masa con la infiltración individual de las células tumorales. Mulligan (1972) da tres patrones morfológicos: el de células intestinales, el de glándulas pilorocárdicas y el carcinoma de células mucosas .

MATERIAL Y METODOS

Se realiza un estudio de tipo Retrospectivo, con información captada en los expedientes clínicos con fines ajenos a esta investigación, tomando en cuenta todos los casos de Neoplasias Gástricas que se presentaron en nuestro Hospital Central Sur Concentración Nacional, Pemex, considerando un período de tres años comprendido entre julio de 1984 a julio de 1987. Se encontraron 44 casos de Cáncer Gástrico, cuyo diagnóstico fué verificado histopatológicamente en todos los casos. El estudio de los expedientes clínicos se realizó en forma transversal, con fecha de recolección de datos en agosto de 1987.

Se realizó una hoja de recolección de datos en la que se especificaron los datos de mayor interés para el estudio y comparación de los casos de Cáncer Gástrico avanzado y Cáncer Gástrico en estadio temprano. Iniciando con la ficha de identificación del paciente, la edad y el sexo del mismo, con su ficha, su fecha de ingreso y egreso.

Conociendo la predisposición heredo familiar del Cáncer Gástrico, se especifica en la recolección de datos, los antecedentes de tipo oncológico, especialmente si se tratan de antecedentes de Cáncer Gástrico en familiares directos.

Dentro de los antecedentes personales patológicos, enfatizamos los antecedentes de tabaquismo y alcoholismo. Especificando antecedentes de enfermedad y/o cirugía gástrica previa o cualquier otra enfermedad de importancia para el padecimiento motivo de estudio.

En el estudio de padecimiento realizamos una determinación del tiempo de evolución con el cual el paciente se presenta a tratamiento, a partir del inicio de sus síntomas hasta el momento de la captación del paciente.

Desglosamos algunos de los síntomas más frecuentes con los que se presenta el paciente a su ingreso, con el fin de poder hacer una comparación entre los síntomas del Cáncer Gástrico avanzado y el temprano.

Igualmente damos importancia a los datos de laboratorio con los que el paciente ingresa al hospital, determinando los niveles promedio de hemoglobina, prueba de funcionamiento hepático, proteínas plasmáticas, etc.

Valoramos los hallazgos a la exploración física de ingreso, así como la cirugía o tratamiento efectuado, conociendo además los hallazgos trans-operatorios para poder realizar su correlación clínica.

Determinamos el diagnóstico endoscópico de ingreso, con las anotaciones de importancia efectuadas por el médico que realizó el estudio.

Se determinan el tipo de variedad histológica de Carcinoma Gástrico, dividiéndolo a posteriori en los diferentes estadios, para poder de esta forma realizar un análisis más adecuado. Se conocen y determinan adecuadamente los casos con Cáncer Gástrico incipiente, realizando un análisis más detallado de estos pacientes para poder posteriormente realizar comparaciones entre estos pacientes y al resto de los casos.

RESULTADOS

Se encontraron 44 casos con diagnóstico de Neoplasias Gástricas Malignas, verificados por el estudio histopatológico, de los cuales 42 correspondieron a Adenocarcinoma Gástrico y 2 a Linfomas Gástricos.

En el total de 44 casos, 14 correspondieron al sexo femenino y 30 al sexo masculino, observándose un promedio del sexo masculino de 68.8%, con una proporción de 2.1.

Las edades de presentación variaron entre los 23 años de edad hasta los 83 años, con una medida entre los 60 y 65 años promedio de 58.42.

Los pacientes que refirieron antecedentes oncológicos fueron 16.6% y sólo 2 de ellos refirieron antecedentes de un familiar o más con Cáncer Gástrico.

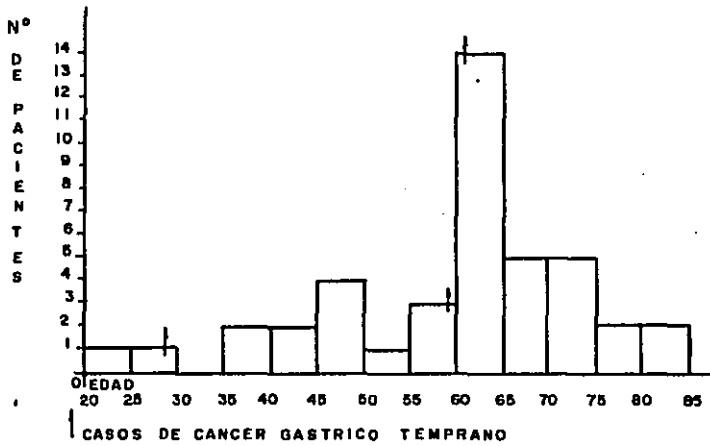
El diagnóstico con el cual ingresaron los pacientes, fue el definitivo en 34 pacientes, siendo diferente en 10 de ellos, lo cual nos habla de una fine sa diagnóstica en la valoración clínica realizada en la consulta externa, hubo error diagnóstico de ingresos de 22.7%. Siendo estos:

Enfermedad Acido Péptica	3
Cirrosis	1
Picocolecisto	1
Abceso Hepático	1
Hepatocarcinoma, Linfoma, Tumor Retroperitoneal, Cáncer de Ovario	4

El 58.33% de los pacientes refirió antecedentes de tabaquismo y un igual número de casos refirió antecedentes de alcoholismo en sus diferentes grados.

Ninguno de los pacientes se presentó con antecedentes de cirugía gástrica previa, pero la mayoría de ellos refirió síntomas clínicos de enfermedad -- ácido péptica en diferentes grados, y con varios años de evolución. Siendo -- estés:

CANCER GASTRICO
FRECUENCIA POR EDADES



Dolor epigástrico	69.4%
Vómito	52.7%
Saciedad precoz o Dispepsia	50%
Anorexia	50%
Evacuaciones melénicas	30%
Disfagia	16.6%
Hematemesis	13.8%

Además se presentaron otros síntomas menos frecuentes como pirosis, acedias, defecaciones o inclusive fiebre.

A su ingreso al Hospital a todos los pacientes se les realizaron estudios de laboratorio, entre los cuales se observa una Hemoglobina promedio de 11.4, con variaciones que incluyen estados anémicos hasta de 6.1 mg%, en estos días muy avanzados. No se observaron alteraciones importantes en la cuenta leucocitaria, ni en su diferencial. Las pruebas de funcionamiento hepático, que incluyen, transaminasas oxalacética y piruvica y bilirrubinas, no presentaron alteración en ninguno de los pacientes; la fosfatasa alcalina se mostró elevada en varios pacientes en los cuales se comprobó posteriormente metástasis hepáticas. No se observaron variaciones importantes en los niveles de creatinina o Ácido Úrico. Los niveles de albúmina, aunque en algunos casos mostró disminución, se mantuvieron por lo general dentro de límites normales, con un promedio de 3.6.

Los grupos sanguíneos observados en los pacientes con Cáncer Gástrico - fueron de 43% para el grupo sanguíneo A; 43% para el grupo sanguíneo "O" 8.6% para el grupo sanguíneo AB y el 4.3% para el grupo sanguíneo B. No concluyendo ninguna diferencia estadísticamente significativa.

La pérdida ponderal promedio para todos los pacientes, desde el momento del inicio de los síntomas hasta el momento de su ingreso fue en promedio de - 10.4 Kg.

Dentro de la exploración física realizada a su llegada al hospital o al momento de su detección, se encontró los siguientes datos:

Masa Epigástrica	27%
Adenomegalias	16.6%
Ascitis	13.8%
Hepatomegalia	13.8%
Ganglio de Virchow	11.1%
Otros datos de Metástasis	8.3%

En una proporción alta de pacientes no se encontraron datos en la exploración física al momento de su hospitalización, aunque en su gran mayoría correspondieron a etapas avanzadas de la enfermedad.

Después de la confirmación histopatológica, la conducta terapéutica fue -- acorde con el estadio en que se encontraba la enfermedad y de acuerdo con el paciente y familiares:

Sin ningún tratamiento	22.7%
Quimioterapia	9%

Cirugía:

Gastrectomía parcial o subtotal Billroth I y II	24.9%
Gastrectomía total	24.9%
Gastrectomía o biopsia únicamente	18.18%

En total el 31.7% de los pacientes no fueron intervenidos quirúrgicamente, ya sea porque ellos o los familiares no aceptaron la cirugía propuesta o, porque el estadio era avanzado. Del 28% de pacientes operados, sólo el 20% de los tumores fue quirúrgicamente reseccable, realizándose diferente tipo de procedimiento, de acuerdo a la extensión y localización de la enfermedad, pero siendo en su mayoría la gastrectomía total o subtotal ampliada, con esplenectomía.

La localización del tumor correspondió a cuerpo y antro gástrico en un 73.3%. Fondo gástrico a 5.25%. Píloro 2.6% Unión cardiosofágica 13.15% y Linfática plástica en un 5.26% de los pacientes.

Los porcentajes histológicos de la Neoplasia fueron:

Adenocarcinoma poco diferenciado	39.6%
Adenocarcinoma moderadamente diferenciado	22.7%
Adenocarcinoma bien diferenciado	20.45%
Adenocarcinoma no especificado	11.36%
LINFOMAS	6.8%

Con estos reportes histopatológicos y de acuerdo a la descripción microscópica, tomando en cuenta los hallazgos reportados durante el trans-operatorio, se realizó a posteriori la separación o clasificación de los casos en los diferentes estadios correlacionando con ellos la sobrevida hasta el momento del -- corte transversal del estudio, de la siguiente manera:

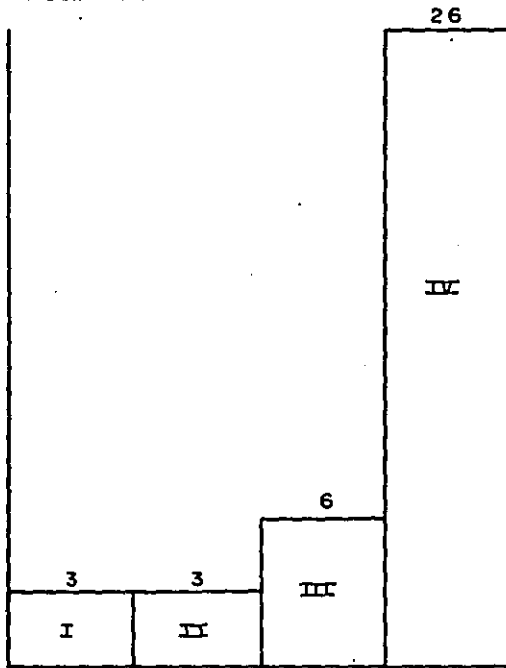
Estadio	% de pacientes	Sobrevida promedio	% de vivos al momento del corte
I	7.1% (3)	12/12	100%
II	7.1% (3)	12/12	0%
III	14.2% (6)	12/12	16% (1)
IV	61.9% (26)	2.7 meses	4.7% (2)

- Tumores no clasificados 9%
- Linfomas 2%

De los tres pacientes que se encontraron en estadio I, los tres se encuentran vivos en el momento de realizar la estadística, con una sobrevida de 28, 18 y 7 meses hasta el momento actual.

De los pacientes en estadio IV a 18, es decir al 69.2% se les realizó cirugía, a cinco de ellos se les indicó únicamente quimioterapia como tratamiento adyuvante y el resto no recibieron ningún tratamiento.

Los tres casos clasificados como estadio I, corresponden a la definición de Cáncer Gástrico Temprano, con un porcentaje de 7.1%. De estos casos damos un

**FRECUENCIA POR ESTADIOS
CANCER GASTRICO****Nº DE
PACIENTES**

pequeño resumen de cada uno:

El primer caso de un masculino de 29 años de edad, con antecedentes de sintomatología ácido péptica crónica, a quien en un estudio endoscópico se encontró una Úlcera Gástrica de características macroscópicas de benignidad, tomándose biopsias y encontrando Adenocarcinoma Gástrico de diseminación intraepitelias, localizado en antro; ratificando por estudio histopatológico la presencia de una úlcera péptica activa, gastritis crónica y metaplasia intestinal con displasia severa. Realizándose Gastrectomía Subtotal, tipo Billroth II, con buena evolución postoperatoria y con una sobrevida hasta el momento de 2 años y medio, sin evidencia de recurrencia de la enfermedad.

El segundo caso de una mujer de 60 años, igualmente sin sintomatología acidopéptica de 18 meses de evolución con pérdida de peso de 5 Kgr. Con endoscopia que mostró una úlcera péptica y gastritis erosiva, con biopsia de la lesión que evidenció el Adenocarcinoma de infiltración superficial, incluyendo la submucosa, pero sin llegar a la lámina propia; con evidencia además de una Úlcera Crónica Activa y Metaplasia Intestinal. Realizándose Gastrectomía Subtotal con gastroyeyunoanastomosis y omega de Braun, presentando en el postoperatorio síndrome de vaciamiento rápido que ameritó reintervención. Actualmente con sobrevida aproximada de dos años sin evidencia de recurrencia de la enfermedad.

El tercer caso femenino de 64 años de edad, con antecedentes de Gastritis de más de 30 años de evolución, con estenosis esofágica por reflujo de dos años de evolución, que ameritó ser manejada con dilataciones esofágicas. Con aumento de la sintomatología de dos meses antes de su hospitalización, con dolor epigástrico, sin relación a la ingesta de alimentos, acompañado de evacuaciones diarréicas, astenia adinamia y pérdida ponderal de aproximadamente -- 8 Kgs. Se le realizó endoscopia, y mostró un engrosamiento muy importante de los pliegues gástricos, por lo que se realizó biopsias en diferentes sitios - evidenciándose en el estudio histológico una Gastritis Crónica con Metaplasia Intestinal y Displasia Moderada. La tomografía axial computarizada mostró un engrosamiento importante de las paredes gástricas y la SECD fué sugestiva de neoplasia por lo cual se decidió la intervención quirúrgica. Se realizó la paratornía exploradora, con gastrotomía y toma de biopsias transoperatorias, encontrándose Metaplasia Intestinal y Displasia moderada a severa, por lo que en ese momento se decidió la Gastrectomía total, con Esofagoyeyunoanastomosis.

En el estudio histopatológico, cuidadoso, de la pieza quirúrgica se encontró además del engrosamiento importante de los pliegues gástricos, una Metaplasia Intestinal generalizada, con Displasia severa y Adenocarcinoma Intrapetitelial Multifocal. La evolución postoperatoria de la paciente, con períodos de intolerancia a los alimentos sólidos pero en buenas condiciones generales.

Ninguno de estos tres casos tenía antecedentes heredo familiares de - Cáncer Gástrico, ni otros oncológicos. No se presentaron con antecedentes de cirugía gástrica previa, pero si los tres casos tenían antecedentes de enfermedad ácido péptica crónica, de varios años de evolución, dos de ellos con úlcera gástrica de tipo péptico activa y el otro caso con reflujo gastroesofágico que llegó a requerir dilataciones esofágicas por la estenosis causada. Los tres casos refirieron varios meses de evolución de su sintomatología, caracterizada por dolor epigástrico, hiporexia y pérdida ponderal de aproximadamente 8 Kgs. en promedio. Los exámenes de laboratorio no mostraron alteraciones importantes, ni la exploración física dió ningún dato de importancia.

DISCUSION

El Cáncer Gástrico continúa siendo el tipo de tumor más frecuente del tubo digestivo dentro de las estadísticas de nuestro país, y nuestro hospital no es la excepción. En nuestros pacientes hay un claro predominio en frecuencia del sexo masculino, concordando en general con los reportes de la literatura. El 9% de ellos presentó el Cáncer Gástrico con una edad menor a los 40 años, siendo el más joven de 23 años e inclusive a uno de los pacientes con estadio temprano con 29 años de edad.

La sintomatología más frecuente tanto para el grupo de casos avanzados como para los incipientes correspondió a dolores epigástrico, Dispepsia, Anorexia y vómito. Igualmente en los dos grupos se refirieron en muchos casos antecedentes de enfermedad ácido péptica de larga evolución.

El tiempo de evolución, del inicio de los síntomas a la presentación al hospital en promedio fué de 8.8 meses para el total de los casos y de 10 meses para los pacientes con el Cáncer en estadio temprano. De acuerdo a las observaciones realizadas en grupos de alto riesgo, en pacientes a quienes se les detectó Cáncer Gástrico temprano y se negaron al tratamiento quirúrgico, el Dr. Massimo Crespi de Roma, Italia, comenta que el Cáncer Gástrico temprano no puede permanecer como tal, en estadios tempranos durante varios meses o años, pero siempre evoluciona a avanzado, por lo cual consideramos que el tiempo de evolución corto no es determinante para la detección oportuna de la enfermedad.

Como ya se comentó, no existieron cambios importantes en los promedios de los exámenes de laboratorio, se modificaron éstos cuando la enfermedad se encontró en estadios terminales, se encontró elevada la fosfatasa alcalina cuando existieron lesiones metastásicas hepáticas. En los pacientes con Cáncer Gástrico Temprano, sus estudios fueron normales. No se encontró diferencia en el predominio de cualquier grupo sanguíneo, concordando con los reportes en los que se refiere que no es un factor determinante.

Los casos de Cáncer Gástrico incipiente, no mostraron signos o exploración física, pero igualmente se encontraron varios casos con etapas avanzadas de la enfermedad que no presentaban alteraciones, por lo que no sería adecuado afirmar que al no encontrar alteraciones se tratase de una enfermedad incipiente.

Es muy difícil realizar una diferenciación adecuada entre la sintomatología de los casos avanzados y los tempranos. Es de particular importancia señalar que la primera sintomatología en los casos de Cáncer Gástrico incipiente se refirió a síntomas que sugieren enfermedad ácido péptica, como el dolor epigástrico, la dispepsia, el vómito, la disfagia ya que además presentan pérdida ponderal posiblemente en relación a la disminución en la ingesta alimenticia más que la enfermedad neoplásica en sí, y otros síntomas como anorexia, astenia y otros. La dificultad se establece en diferenciar entre sintomatología de desordenes gastrointestinales benignos y aquellos que indican un tumor maligno. Por lo que consideramos que es muy importante identificar la sintomatología en pacientes con riesgo, en quienes es primordial establecer un diagnóstico preciso antes de instituir un tratamiento. Recordando además que existen pacientes con Cáncer Gástrico que reciben tratamiento antiácido o con bloqueadores H2 que mejoran su sintomatología.

Es muy evidente que el Cáncer Gástrico temprano produce una sintomatología y que su detección oportuna solo puede ser posible al estudiar adecuadamente a los pacientes con sintomatología vaga, principalmente cuando pasan de los 40 años.

En nuestros tres casos, y también de acuerdo con la literatura, en el Cáncer Gástrico temprano existen varias situaciones que nos deben de poner alerta, además de la sintomatología, la edad y la población de alto riesgo, es evidente que casi todos los pacientes podemos encontrar lesiones predisponentes o premalignas que nos alteran aún más. En nuestros tres pacientes existen datos de gastritis crónica, tanto por su sintomatología como por el estudio histopatológico de las biopsias, situación que se considera como predisponente, refiriéndose por algunos autores que nunca el Cáncer se desarrolla en un estómago previamente sano. En dos de los pacientes se encontraron úlceras gástricas, de características pépticas en la curvatura menor, situación que puede dar en dos diferentes consideraciones, una de quien opinan que estos tipos de cáncer inci-

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA.

piente pertenecen a la clasificación III, en donde primero se estableció el cáncer y posteriormente la úlcera, y la otra posición en donde primero se presentó la úlcera y posteriormente la malignización de uno de sus bordes. Lo que es evidente es que la lesión maligna se presenta en el borde de la úlcera y que no va más allá de la lámina propia mientras que la úlcera presenta características pépticas e inclusive varias capas de la pared gástrica. En lo que concuerdan todos los observadores es que en cierta proporción de casos la Neoplasia se origina como una úlcera gástrica, y que la posición de la misma tiene significación en relación a su posible malignidad, por eso una úlcera crónica situada sobre la curvatura mayor o a 1.3 cm. más o menos de dicha curvatura, aún cuando tenga aspecto radiológico benigno, debe de ser considerada y tratada como maligna. Las úlceras que aparecen en el segmento pilórico siempre deben de ser vistas con sospecha. En general todas la úlceras gástricas deben de ser vigiladas mediante endoscopia periódica y biopsias repetidas.

Igualmente en nuestros tres casos encontramos como común denominador la presencia de dos lesiones precancerosas, específicamente la Metaplasia Intestinal y la Displasia. En un estudio realizado por el Dr. Juan Canedo del Hospital Adolfo López Mateos del ISSSTE (17), en 10 casos de Cáncer -- Gástrico Temprano, nueve presentaron Metaplasia Intestinal. En estudios japoneses se encuentra Metaplasia Intestinal hasta en el 80% de los estómagos resecaos con cáncer.

Ademas como ya hemos mencionado, la metaplasia intestinal es una lesión precancerosa, asociada generalmente a otras lesiones premalignas que aumentan las posibilidades de malignación, específicamente cuando se relaciona a Gastritis Crónica y Displasia. Sin embargo es importante aclarar que no todas las lesiones de este tipo deben de ser manejadas agresivamente, ya que el 15% de las Displasias moderadas a severas se revientan, el 8% se malignizan en un período de 1 mes a 3 años, y el resto se mantienen estables. Por lo cual recomendamos que ante el hallazgo de un paciente con estas lesiones premalignas se debe de instituir primero un tratamiento médico y posteriormente realizar endoscopias y biopsias frecuentes. La Displasia Severa y persistente si puede ser considerada como Cáncer in situ.

Finalmente debemos definir lo que para un país como el nuestro constituye un grupo de alto riesgo, señalando los siguientes puntos:

- Paciente de bajo nivel socioeconómico, o de origen oriental, que tengan una ingestión alta de alimentos con Nitritos, como pescado ahumado o leguminosas como el Frijol o la Haba.
- Pacientes mayores de 40 años con sintomatología como dolor epigástrico, dispepsia, o cualquier otras que sugiera una enfermedad Acido-Péptica.
- Pacientes con antecedentes de cirugía gástrica, especialmente Billroth II.
- Pacientes con Anemia Perniciosa.
- Pacientes con Gastritis Crónica y especialmente los que presenten Úlcera Gástrica en cualquier localización o principalmente en la curvatura menor y que sea mayor de 1.3 cm.
- Pacientes en los que la endoscopia evidencia algunas de las lesiones macroscópicas descritas para el Cáncer Gástrico Temprano; o con hallazgos histopatológico de lesión premaligna, como pólipos vellosos, Gastritis crónica, y principalmente Metaplasia Intestinal de tipo colónico o II-B, así como Displasia.

CONCLUSIONES

1. El Cáncer Gástrico continúa siendo un problema de manejo y de una frecuencia importante en nuestro país, pero desgraciadamente su detección oportuna continúa siendo poco frecuente. A pesar del uso más común de la endoscopia fibroscópica, los estudios de doble contraste, así como de otros métodos radiológicos, el pronóstico del Cáncer Gástrico sigue siendo sombrío.
2. A menos de que el paciente se encuentre en estadios terminales con metastasis evidentes, siempre se justifica el realizar una intervención quirúrgica, ya sea con fines paliativos o curativos de acuerdo a la resecabilidad de la tumoración. La Cirugía brinda la única esperanza razonable de curación, siendo evidente que es la extensión de la enfermedad, más que el tipo de cirugía realizada, la que determina la evolución del carcinoma. El uso de la operación radicales en forma sistémica aumenta la mortalidad operatoria sin mejorar la tasa de supervivencia a largo plazo. No existe una operación estandard para el tratamiento del Cáncer Gástrico, mas bien el procedi-miento debe adaptarse a cada caso y depende principalmente de la localización del tumor primario y el juicio del cirujano respecto a la etapa clínica del tumor. En nuestros pacientes solo el 50% fue--ron resecables, pero solo en el 7% (3 casos) se considera la intervención como curativa, con un promedio de sobrevida que debiera pasar al 90% a 5 años, según lo reportado en otros estudios.
3. Es muy difícil diferencial la sintomatología de los pacientes con --Cáncer Gástrico avanzado y la del temprano, siendo en el segundo una sintomatología mas vaga a la que difícilmente se le da la importan-cia debida. Se considera que todo paciente con sintomatología sugestiva se deberá someter a estudio radiológico y endoscópico, incluyendo el biopsiado gástrico.
4. Ante la imposibilidad de realizar estudios de endoscopia masivos a la población asintomática, es necesario establecer grupos de alto riesgo de presentar Cáncer Gástrico.

5. El hallazgo de lesiones premalignas como la metaplasia intestinal - y la Displasia nos pueden evidenciar una patología neoplásica incipiente, por lo cual es conveniente el realizar endoscopias repetidas periódicamente a estos pacientes. Ante la persistencia o progresión de dichas lesiones después de tratamiento médico se debe de sospechar la existencia de un Cáncer Gástrico Temprano.

El hallazgo de estas lesiones y su seguimiento adecuado, puede ser a nuestra consideración la forma mas conveniente de encontrar el Cáncer Gástrico en estadios tempranos en donde la cirugía se considera como tratamiento curativo.

BIBLIOGRAFIA

1. Watell C. Fielding J. Williams A.J. Surgery of the Stomach and Duodenum Nyhus LM. 4a. Ed. Boston Toronto.
2. Pineda B.E. Epidemiología del Cáncer del Aparato Digestivo. Memoria del Curso Internacional Cáncer del Aparato Digestivo Dic. 1987 México.
3. DiMugno E. (mayo Rochester) Incidentes of Digestive Tract Cancers in The United States. Memoria del Curso Internacional Cáncer del Aparato Digestivo, Dic. 1987.
4. Macdonald J. Gunderson L. Cohn I. Cáncer de Estómago. DeVita Cancer
5. Portlock C.S. Goffinet D.R. Manual de problemas clínicos en Oncología. Ed Interamericana 1983.
6. Bugomoletz W.V. Early Gastric Cancer Review article. Am. J. Surg. Pathology 8-5: 381-390, 1984.
7. Douglass H. Potentially Curable Cancer of the Stomach. Cancer 50: 2582-2589, 1982.
8. Ohman V. Sverra E. Rubio C. Relación between Early and Advanced Gastric Cancer. Am. J. Of Surg. 140:351-355, Sept. 1980.
9. Sherman R.S. Synder R.E.; Roentgeneologic Surveys for gastric noeplasma JAMA 174:940,1960.
10. Villalobos JJ. cols. Estudio prospectivo del Cáncer Aparato Digastivo Memorias del Curso Internacional Cáncer de tubo Digestivo. Dic. 1987.
11. Weisburger J.H. Wynder E.L. Horn W.C. Nutritional Factors and Etiologic Mechanisms in the causation of Gastrointestinal Cancer. Cancer 50: 2541-2541-2549, 1982.

12. Cuello C. Correa P. cols. Histopathology of Gastric Displasias
Correlations With gastric juice chemistry. Am J. Of Surg. Pathology
3:491-500,1979.
13. Lida F; Kusoma J; Gastric Carcinoma and Intestinal Metaplasia.
Significance of types of Intestinal Metaplasia upon development o Gastric
carcinoma. Cancer 50:2854-2858, 1982.
14. ReMine W. Carcinoma del Estómago. Operaciones Abdominales (Maingot)
(Schwartz S) 8a. Ed Panamericana Cap 37 Pág. 937-965,1985.
15. Bralow S.P. Diagnosis and Stating of Esophageal and Gastric Cancer
Cancer 50:2566-2570, 1982.
16. Arison, Pagnini and Ruggè. (Padua University Italy). Gastric Cancer Problems
in histological diagnosis. Histopathology 6:391-398,1982
17. Ochsner A. Weed T. Vuessie W. Cancer of the Stomach Am. J. of Surg. 141:10-14,
Jan 1981.
18. Canedo J. De la Torre F. Cáncer Gástrico Temprano
Rev Gastroen • Mex. 52.4:271,1987.