

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

"CANCER ESOFAGO-GASTRO-INTESTINAL EN EL HOSPITAL
ROOSEVELT (1959-1967)

TESIS



Presentada a la Facultad de Ciencias Médicas de la Univer-
sidad de San Carlos de Guatemala

POR

DUNCAN WALDEMAR SOSA AGUIRRE

En el Acto de su Investidura de

MEDICO Y CIRUJANO

Guatemala, julio de 1968

PLAN DE TESIS

INTRODUCCION

CAPITULO I.

Material y Métodos

CAPITULO II.

Aspectos Clínicos

CAPITULO III.

Consideraciones Radiológicas y Clínicas para operabilidad.

CAPITULO IV.

Conducta Recomendada en los distintos Casos y Descripción de Casos Clínicos.

CAPITULO V.

Análisis Estadístico

CAPITULO VI.

Estudio del Pronóstico en los Casos Tratados.

CAPITULO VII.

Sumario

CAPITULO VIII.

Conclusiones

BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCION

En el presente trabajo analizamos 366 Historias Clínicas de Tumores del Esófago, Estómago e Intestino durante 9 años.

Se principió analizando los casos clínicamente, para guiarla después por los exámenes complementarios como son la Radiología y Anatomía Patológica, concluyendo con la intervención quirúrgica que fué la orientación que se le dió al trabajo, así como el Reporte Estadístico.

Nuestra idea al escribir esta tesis es dar a conocer sobre un mal tan antiguo, tan conocido y...tan desconocido que azota al hombre y que no ha sido hasta este siglo en que se principia a desentrañar su etiología.

No intentamos decir nada nuevo acerca del tema tan complejo, pero sí perseguimos relacionar lo actualmente conocido sobre los procedimientos quirúrgicos para tratar de lograr que la persona que padezca esta enfermedad viva meses o años más, y así gradualmente, se

logrará en una mente iluminada encontrar la causa, el origen de esta patología causante de tanto morbo en el mundo.

CAPITULO I.

MATERIAL Y METODOS

En el presente trabajo se revisan 366 Registros Clínicos del Hospital Roosevelt sobre Cáncer Esófago-gastro-intestinal, durante el período comprendido de 1959 a 1967. Comunicaciones personales de experiencias con nuestros Jefes.

El cuadro Clínico, los exámenes de laboratorio, estudios especializados (Rayos X, Anatomía Patológica), se estudian estadísticamente conforme pautas adoptadas de acuerdo a experiencias tomadas de distintas escuelas y que se siguen rutinariamente en el manejo de nuestros casos, revelando datos propios que se utilizan para criterio de operabilidad o tratamiento paliativo.

CAPITULO II.

ASPECTOS CLINICOS

Dada la gran importancia que siempre tiene la clínica en el reconocimiento de cualquier cuadro patológico, la colocamos en primer término, ya que consideramos que al hacer una acuciosa investigación inicial desde este punto de vista, nos acerca cada vez más al descubrimiento y etiología de cualquier enfermedad, conduciéndonos al diagnóstico correcto.

Principiaremos describiendo la sintomatología y signología más común por la que consultan al médico las personas que se encuentran en la etapa inicial y otras veces en casos avanzados de un cáncer gastro-intestinal. Describiremos primero en forma global los síntomas que vamos a tratar, para después hacer énfasis en aspectos a veces característicos de las diferentes regiones.

Nuestros casos estudiados se elevan a 366, de los cuales no fué posible hacer una relación en cuanto a sexo ya que en los primeros años de funcionamiento del hospital sólo hubo servicio para hombres, por lo tanto con-

sideramos necesario hacer esta mención, ya que los porcentajes en relación a este aspecto varían grandemente a lo ya conocido.

Descripción de Síntomas y Signos:

En nuestro trabajo encontramos que el dolor fué el principal motivo de consulta. El 84.1% de los pacientes llegó refiriendo como molestia inicial, dolor, tan común a tanto tipo de patología, cuyo inicio fué insidioso y soportable para después establecerse continuo e imposibilitante, principalmente localizado al epigastrio y propagado a los hipocondrios, a todo el abdomen e incluso a la región lumbar, generalmente exacerbado por la ingesta de cualquier tipo de alimento en las fases iniciales, llegando al final a molestar en tal forma incluso los líquidos. El dolor intenso se acompañó a menudo de un estado de indiferencia así como de irritabilidad y angustia por la conciencia equivocada o no de que puede ocasionar la muerte.

Algunos pacientes refirieron que al controlar su peso periódicamente notaron pérdidas hasta de 20 libras en tres

meses, mientras que en otros casos el paciente notó el adelgazamiento cuando sus ropas no le tallaban, atribuible a la progresiva anorexia que presentaban.

A consecuencia de cambios metabólicos en el organismo, la persona llega refiriendo falta de apetito, como causa inmediata y frecuente de la hipo-alimentación. Los múltiples trastornos funcionales y orgánicos no solo del aparato digestivo sino de otros sistemas, hacen que el paciente acuse mal sabor en la boca.

Como resultado de alteraciones anatomo-patológicas (crecimiento del tumor) y fisio-patológicas (motilidad), etc. el paciente hace notar al médico que además sufre de náusea, siendo al principio post-prandial, llegando en etapas finales a ser constante y en algunos casos, muy pronto acompañada de vómitos de los alimentos ingeridos el día anterior. Otros datos estadísticos encontrados en menor porcentaje, aunque no menos importantes, es el edema, ocasionado por una ingesta deficiente y agravada por el catábolismo de las células neoplás-

sicas. Encontrado en estadios avanzados de la enfermedad, generalmente a nivel de los miembros inferiores con las características físicas de frialdad, sin producir cambios de coloración en la piel. En ocasiones es generalizado, indoloro, blando y progresivo; reportado en algunos casos a uno de los miembros inferiores (flegmasialba dolens).

El estreñimiento, puede relacionarse a la poca ingesta del paciente, menos evidente en cáncer esófago-gástrico, siendo bastante característico en los de colon y recto debido al estrechamiento gradual de la luz, que dá heces acintadas y caprinas. Se observan períodos de diarrea, seguidos de estreñimiento.

La melena y enterorragia la refieren los pacientes generalmente en etapas avanzadas de la enfermedad, sin embargo hay lesiones tumorales del tracto gastro-intestinal que por su característica ulcerosa, dan estos síntomas en forma precoz, refiriendo los pacientes heces negras en los casos de neoplasias esófago-gástricas,

las que en algunas oportunidades por tránsito intestinal acelerado pueden dar enterorragias, como lo haría un carcinoma del colon.

El color amarillo de las conjuntivas de los pacientes estudiados, desde un principio nos indica un pronóstico reservado, generalmente databa de algunos meses atrás, asociado a un estado general precario y a los hallazgos de masa palpable con hepatomegalia, condicionada por metástasis al hilio hepático.

La disfagia fue un síntoma no relevante en los pacientes con corta evolución, no así en los que referían enfermedad por más de 3 meses. Más o menos la misma incidencia se puede encontrar en eructos y flatulencia.

La dificultad fundamental con que se tropiezan al querer hacer el diagnóstico precoz del cáncer esófago-gastrointestinal, es lo tardío con que se presentan los síntomas de un tumor incipiente. La masa palpable localizada al epigastrio, de consistencia dura, movable con la respiración, de bordes no delimitables, se encontró como era de esperarse, en los casos más avanzados. En los

tumores de intestino delgado y de colon, la masa ocupó los otros cuadrantes abdominales con características muy similares a los descritos arriba.

Síntomas y Signos específicos del Cáncer Esófago-gastro-intestinal por regiones:

De las neoplasias que afectan al hombre, al Carcinoma del esófago le corresponde el 4to. lugar, más frecuente en hombres que en mujeres y siempre por encima de los 40 años. Estos tumores no producen síntomas precoces, y es así como la disfagia es la primera manifestación de un tumor ya avanzado; más de la mitad de los pacientes no tienen dolor y en cuanto éste existe, deberá sospecharse una invasión local. Estamos obligados a pensar en este tipo de tumor en todos los pacientes que presenten disfagia, ya que el factor más importante es un diagnóstico precoz para que el tratamiento tenga éxito.

La regurgitación, en segundo lugar, nos lleva a pensar en un proceso estenosante. La exploración radiológica es decisiva para establecer el diagnóstico. La endoscopia nos sirve para confirmarlo, para determinar la altura

y para obtener una biopsia. Los carcinomas del esófago son bastante malignos, invaden pronto estructuras circunvecinas y dan metástasis precoces a ganglios linfáticos regionales.

Estómago:

El carcinoma gástrico se presenta 3 veces más frecuente en el sexo masculino; la mayor incidencia está comprendida entre la 5a. y la 6a. décadas de la vida.

Los síntomas observados son variables de acuerdo a la localización del tumor, excepto en los casos en que se localiza cerca del píloro o bien del cardias, en los que las manifestaciones obstructivas son sobresalientes y el diagnóstico generalmente es hecho en etapa avanzada de la enfermedad. Cuando la lesión es de tipo pequeño y ulcerada, puede simular una úlcera benigna.

Conforme la enfermedad progresa, se suceden una serie de síntomas que nos deben hacer pensar en un cáncer gástrico. El dolor tiene un carácter intermitente, siendo las molestias continuas; no se alivian con la ingesta alimenticia, su localización a nivel del epigastrio llega a

hacerse de un carácter sordo, continuos y exacerbado por los alimentos. La anorexia es uno de los primeros síntomas y se presenta un estado nauseosos asociado. En la fase final suele encontrarse el dolor epigástrico hasta en un 90% y los vómitos en un 70% de los casos. Cuando el tumor sangra, se presentan melenas. Los tumores malignos tienen la característica de originar pérdidas hemáticas de poca intensidad, pero bastante persistentes.

Intestino:

De los tres tipos de tumores estudiados, el del intestino delgado es sumamente raro y sus manifestaciones esencialmente se atribuyen al carácter obstructivo de la lesión, dando dichos cuadros.

Colon:

La incidencia es igual para ambos sexos; se encuentra a partir de los 50 años, El síntomas más frecuente es la hemorragia rectal, luego le siguen en orden decreciente los dolores abdominales y espasmos, el estreñimiento, la diarrea, el tenesmo, la distensión abdominal, la sensa-

ción de malestar y la pérdida de peso. La sintomatología es variable y cuando se localizan en el hemi-colon derecho, predominantemente hay cólicos abdominales, molestias vagas, espasmos, hemorragias y fatiga fácil. En el lado izquierdo, en donde el contenido fecal es más sólido, los síntomas predominantes son los oclusivos.

El diagnóstico puede sospecharse a partir de los datos de la historia clínica y se confirma por medio de la sigmoidoscopia, y el enema de Bario. Vale la pena mencionar que el 75% de todas estas lesiones malignas del colon, se localizan en los últimos 25 cms. del tubo digestivo, razón por la que puede observarse y tomar biopsia de la lesión.

Recto:

Como en el resto ya mencionado de los órganos gastro-intestinales, lo ideal sería descubrir el carcinoma del recto en estadios pre-sintomáticos; en consecuencia los posibles síntomas precoces de una enfermedad maligna como lo son la hemorragia y el cambio en el ritmo de la evacuación intestinal. El primer síntoma es la "hemorragia", que

debe considerarse dependiente de una ulceración maligna, mientras no se demuestre lo contrario. Un cambio progresivo en el ritmo de las evacuaciones intestinales es determinante. El estreñimiento es progresivo, con sensación de defecación incompleta, evacuaciones frecuentes y urgencia. La diarrea se alterna con el estreñimiento. El dolor es una manifestación tardía.

CAPITULO IV

CONSIDERACIONES RADIOLOGICAS Y CLINICAS PARA OPERABILIDAD

En este capítulo relacionaremos el aspecto radiológico y el clínico para decidir el tratamiento operatorio, ya que son dos factores fundamentales muy importantes para llevar a cabo la intervención.

Si un paciente consulta por: Disfagia, dolor retroesternal, náusea, regurgitaciones, pérdida de peso severa, clínicamente nos guiamos hacia un cáncer del esófago y le solicitamos estudio radiológico con trago de Bario, para poder observar la patología a ese nivel y así decidir el tipo de operación que se le hará al paciente.

Si en cambio el cuadro clínico está dominado por: Anorexia, palidez marcada, pérdida de peso y dolor epigástrico, pensamos en un cáncer gástrico y le tomaremos una serie gastro-duodenal para demostrarlo.

Si el paciente se presenta con estreñimiento o diarrea, melena o enterorragia nuestra impresión clínica será de una masa tumoral a nivel del intestino delgado, grueso

o recto, y analizaremos la conveniencia de practicar una serie gastro-intestinal, enema de Bario y/o sigmoidoscopia.

En el 14% de nuestros casos no se había sospechado cáncer, es decir, que se diagnosticó radiológicamente.

A continuación describiremos con detalle, las distintas regiones, la relación clínica y radiológica para la decisión quirúrgica.

ESOFAGO:

La disfagia es generalmente el primer síntoma por que el enfermo consulta; para sólidos es casi patognomínico, el síntoma más precoz y constante. El dolor retroexternal es tardío y se acentúa en relación directa con la evolución del tumor. Las regurgitaciones o vómitos dependen del grado de estrechez, siendo estos fenómenos tardíos.

La tos se debe al desbordamiento de los alimentos por la laringe, repleción del esófago obstruido. La disfonía o ronquera se observa por parálisis del recurrente o por efecto mecánico de vecindad y la hemorragia cuando un

vaso se erosiona por el tumor.

Macroscópicamente el cáncer del esófago puede asumir tres formas: Proliferativa, infiltrativa y ulcerosa.

Histopatología: La forma de carcinoma es la más frecuente, siendo la disposición adenomatosa rara y no aceptada por algunos autores.

Una vez establecido el diagnóstico de cáncer del esófago o simplemente su sospecha, deben realizarse exámenes complementarios para lo que es aconsejable el orden siguiente:

El estudio fluoroscópico, que proporciona datos de orden dinámico, nos muestra dilatación proximal, peristalsis alterada, rigidez, siendo necesarias las radiografías estáticas para demostrar fundamentalmente estrechamientos, irregularidades, rigideces, imágenes lacunares, que habitualmente constituyen elementos para el diagnóstico; en este mismo estudio debe tenerse presente la existencia de várices, que fácilmente sangran y pueden producir síntomas de obstrucción, ésto especialmente en personas con

antecedentes alcohólicos, adquiriendo la esofagoscopia un papel importante para descartar dicha posibilidad.

ESTOMAGO:

El diagnóstico de cáncer del estómago debe apoyarse en la historia del enfermo, el hallazgo de sangre oculta en las materias fecales y la exploración radiológica.

En muchos casos de cáncer gástrico la evolución se hace en dos etapas: La primera relativamente larga, insidiosa, de trastornos poco definidos y luego otra más rápida como si se hubieran roto las defensas naturales y se presentan entonces los aspectos del cáncer evolucionando con la sintomatología manifiesta por vómitos, dolor, anorexia, astenia y caquexia.

El cáncer trae modificaciones permanentes del contorno normal del estómago, de su actividad, de su peristaltismo, del relieve de la mucosa y modificaciones en el vaciamiento del órgano. Las modificaciones en el contorno gástrico se deben a infiltración neoplásica hacia la muscular que provoca un área de rigidez e inmovilidad que contras-

ta con la elasticidad del resto.

La presencia de masas tumorales en el interior del estómago ocasionan un desplazamiento o defecto de llenado de la substancia opaca ingerida, para visualizar radiográficamente el órgano. Siendo estas tumoraciones transparentes o semitransparentes a los Rayos "X", el desplazamiento del líquido opaco (Bario o Bismuto) ocasiona el también denominado "defecto de relleno", que altera la forma del estómago y pone en evidencia el tumor por contraste y por último, si el tumor ha ulcerado la pared, permite que la substancia opaca penetre en ella, produciendo así los llamados cráteres o nichos. La resultante a estos tres hallazgos, modificaciones de la motilidad, interferencia en el peristaltismo e imágenes en cráter, unidos o asociados nos dan los tipos radiológicos de cáncer gástrico.

El cáncer infiltrante, en el que se observa rigidez de localización antral con la pared engrosada, sin modificarse por las ondas peristálticas.

El proliferante, se aprecia un defecto lacunar, de contor-

nos poco definidos e irregulares que se repiten en todas las radiografías.

El cáncer ulceriforme, dá imágenes de nicho, en ocasiones difícil de diferenciar del ulcus benigno del estómago. Hay que tomar bastantes radiografías y practicarlas en todas las posiciones y decúbitos y repetir los estudios para observar la persistencia de imágenes.

INTESTINO:

El cáncer del intestino delgado es sumamente raro; se localiza más frecuentemente en el segmento proximal del yeyuno y distal del íleon. Prácticamente no se presenta en las restantes porciones del intestino delgado. Dá una sintomatología muy parecida a la diarrea tropical (Sprue), con manifestaciones de anemia, enflaquecimiento y diarrea con carácter de esteatorrea. El diagnóstico es roentgenológico. En el duodeno da defecto anular o irregular, invadiendo y destruyendo la mucosa, mostrando distorsión de la misma pudiendo causar constricción anular con obstrucción. En el yeyuno e íleon dá dilatación de asas con estasis pro-

ximal a una constricción constante e irregular que debe ser transluciente y que puede ser o no anular.

En el sarcoma hay distensión y estasis en el asa proximal y la porción afectada puede revelar un defecto constante y pérdida de la flexibilidad.

Los tumores ulcerados dan menos obstrucción.

CANCER DEL COLON:

Hay condiciones importantes que originan la producción de síntomas en su mitad derecha; Ej.: El contenido líquido en este segmento, los tipos de masas tumorales de una región, que son anchos, ulcerados, cubiertos de protuberancias mamelonadas con tendencia a ocupar la pared lateral del colon sin causar obstrucción.

La luz del intestino que a ese nivel es dos veces más grande que en su mitad izquierda. Las características clínicas del cancer del colon ascendente son vagas, con disconfort abdominal, sangre oculta en las heces, pérdida de peso, etc.

El colon da fenómenos de obstrucción porque el conte-

nido fecal de esa porción es más consistente y formado y difícilmente puede flanquear un segmento estrechado.

Se caracteriza por diarrea, estreñimiento y tenesmo.

La historia clínica es uno de los más importantes aspectos del diagnóstico, debiendo observarse cuidadosamente los antecedentes familiares en cuanto pueden revelar una predisposición al cáncer intestinal.

La radiografía es el único procedimiento que puede revelar o localizar un proceso. En los casos en que se sospecha un tumor, los exámenes deben repetirse, ya que una radiografía negativa no implica una falta de lesión.

Radiológicamente se observa defecto de llenado opaco del intestino grueso. El patrón del defecto varía de acuerdo a las características del tumor y a su extensión.

El intestino distal al tumor tiene una luz angosta. En el sitio del crecimiento la mucosa normal está ausente.

El crecimiento típico en anillo de servilleta es más frecuente en el colon descendente y se encuentra cuando la enfermedad está bastante avanzada. Tempranamente el doble medio de contraste tiene su máximo valor.

Como se observa, es necesario tomar muy en cuenta la clínica y la radiología para la operabilidad, ya que son factores importantes que influyen en la decisión operatoria.

CAPITULO IV

CONDUCTA RECOMENDADA EN LOS DISTINTOS CASOS Y DESCRIPCION DE CASOS CLINICAS.

Analizaremos nuestros casos, estudiados en el Hospital Roosevelt, para hacer mención del tratamiento definitivo o conducta que se siguió en los tumores de las diferentes regiones comprobados por clínica, radiología e histología; además mencionaremos ejemplos de historias clínicas.

ESOFAGO:

El tratamiento del Cáncer del Esófago es esencialmente quirúrgico; si el tumor no ha dado metástasis y es factible técnicamente, se realizará intervención radical cuya índole variará, dependiendo de la neoplasia y extensión topográfica: Esofagectomía cervical con esofagostomía cervical y reconstrucción en tiempos subsecuentes; esofagectomía del tercio inferior con anastomosis de un muñón tubular de estómago al extremo proximal del esófago; esofagectomía total y reconstrucción en un solo tiempo mediante aislamiento, movilización y trasplante retro-esternal de colon a hipo-faringe; si

el caso se juzga inoperable pre o transoperatoriamente se empleará el tratamiento por irradiación de preferencia, que a veces proporciona resultados paliativos; raramente la remisión clínica obtenida puede ser de varios años.

Ejemplos de Casos:

J.A.M. de 53 años de edad, sexo masculino, registro médico #4786, consulta por disfagia, dolor retro-esternal, anorexia, pérdida de peso y edema de miembros inferiores de 4 meses de evolución.

Se hizo el diagnóstico clínico y radiológico de Cáncer del esófago; por lo avanzado del tumor y presentar metástasis, se le practicó gastrostomía y se planeaba irradiar, sin embargo por su gravedad fue considerado de pronóstico desfavorable y falleció al 4o. día post-operatorio. El diagnóstico anatómo-patológico fué de Carcinoma del Esófago.

M.V., 69 años, sexo masculino. Reg. Méd. #43225.

Disfagia, dolor retro-esternal, náusea, vómitos, ano-

rexia, pérdida de peso y estreñimiento, de 15 días de evolución.

Se tuvo la impresión clínica de Carcinoma del esófago, decidiendo comprobarlo con trago de Bario, el cual mostró un estrechamiento a nivel del tercio medio del esófago.

Se le practicó biopsia hepática, la cual fue informada con metástasis, con sitio primario en esófago.

El caso fué operado, practicándole esófago-gastrectomía, siendo clasificado post-operatoriamente como no favorable.

Se le dió egreso 10 días después citándolo a la consulta externa. No regresó más.

F.R.V. 64 años, sexo masculino. Reg. Méd. #142702 que consulta por disfagia de 5 meses de evolución, además anorexia y pérdida de peso.

Al examen físico se describieron ganglios supra-claviculares. Se hizo diagnóstico de Ca. del tercio inferior del esófago y se decidió aplicarle radioterapia; además se hizo biopsia de la masa por esofagoscopia, comprobándose Carcinoma del tercio inferior. Post-operatoriamente fue clasificado como no favorable, dándosele egreso, no vol-

viendo a consulta.

H.S.P., 65 años, sexo masculino, Reg. Méd. 156185, consulta por vómitos de 5 meses de evolución; se hizo el diagnóstico clínico de Carcinoma del Esófago.

Al examen físico, paciente en mal estado general, decaído. Un trago de Bario demostró masa a nivel del tercio medio del esófago. Se le practicó substitución de esófago por colon y gastrostomía. Caso no favorable. Paciente falleció intra-hospitalariamente.

F.G.G.F. de 54 años de edad, sexo femenino. Reg. Méd. #113015, cuya historia es de 6 meses de evolución, de dolor retro-esternal, pérdida de peso y estreñimiento. Diagnóstico clínico de Carcinoma del esófago.

Se le efectuó substitución de esófago por colon, piloroplastía, gastrostomía, esofagectomía total.

El caso favorable, después de su egreso no volvió a consulta externa, por lo que se perdió de nuestro control.

S.F.S. 48 años, sexo masculino. Reg. Méd. #88995, consulta por náusea, vómitos, dolor retro-esternal, anorexia pérdida de peso y edema de miembros inferiores de 3 meses

de evolución.

Al examen, paciente en mal estado general, caquéctico, con ganglios supra-claviculares palpables. Se hizo el diagnóstico de Carcinoma esofágico.

Los Rayos "X" demostraron la masa sospechada clínicamente. Se le practicó biopsia hepática siendo informada como adenocarcinoma, con primario en esófago. El paciente rehusó tratamiento quirúrgico.

ESTOMAGO:

El tratamiento del Cáncer del Estómago es fundamentalmente quirúrgico. La cirugía extirpadora va desde la gastrectomía sub-total con la linfadenectomía correspondiente hasta la gastrectomía total con esplectomía, resección parcial de páncreas y aún de colon transverso.

A pesar de ésto, las perspectivas de supervivencia de 5 años del grupo total de enfermos con cáncer gástrico son aún desalentadoramente bajas.

Algunos casos a continuación:

F.L.T., 48 años, sexo masculino, Reg. Méd. #81748, con

6 meses de presentar: Náusea, vómitos, dolor epigástrico, anorexia y pérdida de peso.

Al examen físico, paciente en mal estado general, caquéctico, con masa palpable a nivel del epigastrio. La radiografía demostró masa a nivel gástrico.

Se le practicó biopsia hepática, la cual fué informada como Carcinoma, con primario en estómago.

El caso se consideró operable practicándole operación tipo Bilroth II. El pronóstico fué desfavorable, falleciendo tres días después de la intervención, intra-hospitalariamente.

J.E.C., 60 años de edad, sexo masculino, Reg. Méd. #87 097, 2 años de presentar náusea, vómitos, anorexia, dolor epigástrico y pérdida de peso. Clínicamente se hizo diagnóstico de carcinoma gástrico. La serie gastro-duodenal demostró masa a ese nivel.

Se le practicó laparotomía exploradora y biopsia hepática, encontrándose metástasis en mediastino e hígado. Paciente falleció.

E.M.S.O.G., sexo femenino de 50 años de edad, Reg. Méd #90696, que consulta por presentar náusea, vómitos, dolor

epigástrico, anorexia, pérdida de peso, de 3 meses de evolución. Clínicamente se diagnóstica carcinoma gástrico.

Exámenes de serie gastro-duodenal, biopsia hepática y anatomía patológica fueron positivos.

Se consideró el caso operable, practicándole operación tipo Bilioth I.

El pronóstico fué favorable. Se le dió egreso en buenas condiciones no volviendo a consulta externa.

R.Ch. G., sexo masculino, 58 años, Reg. Méd. #114766 que consulta por dolor epigástrico de 4 meses de evolución. Al examen físico se encontró masa palpable en epigastrio.

Se le practicó laparotomía y biopsia de la masa gástrica, considerándose el caso inoperable por las metástasis a hígado. El resultado histopatológico fué positivo para carcinoma. Se le practicó yeyunostomía.

Caso no favorable. Falleció a los 4 días post-operatorios.

J.L.L. de 61 años, sexo masculino, Reg. Méd #136276 que

consulta por náusea, vómitos, dolor epigástrico y pérdida de peso de 8 meses de evolución.

Se hizo diagnóstico clínico de carcinoma gástrico. La serie gastro-duodenal practicada fué positiva para masa intragástrica.

El caso considerado operable, practicándole operación tipo Bilroth I. La anatomía patológica demostró carcinoma.

Se le dió egreso en buenas condiciones, no regresando a su cita en consulta externa.

DUODENO, YEYUNO e ILEON:

El tratamiento de éstos es quirúrgico.

El del duodeno (duodenectomía), teniendo que realizarse cuando se trata de tumor maligno en la 2a. porción del duodeno, la duodenectomía acompañada de pancreatetectomía parcial.

En caso de tumores del yeyuno o íleon, se realiza resección intestinal incluyendo la zona mesentérica correspondiente y los ganglios linfáticos respectivos. En algunos casos, cuando el examen histológico muestre que se tra-

te de cáncer linfoideo, deberá administrarse posteriormente radioterapia.

H.L.L. de 39 años de edad, sexo masculino, Reg. Méd. #137249, con historia de 3 meses de evolución de dolor, anorexia, pérdida de peso y diarrea.

Al examen, se encontró ictericia y masa palpable a nivel del mesogástrico. En la serie gastro-intestinal se comprobó masa a nivel del intestino delgado.

Se procedió a realizarle colecisto-yeyunostomía látero-lateral y colostomía sigmoidea.

El resultado anatómo-patológico fue de linfoma maligno-retículo-sarcoma. El caso fué clasificado favorable post-operatoriamente.

Se le dió egreso en buenas condiciones. No regresó a consulta externa.

CARCINOMA DEL COLON:

Su tratamiento es primordialmente quirúrgico, la operación variará de acuerdo con las localizaciones tumorales tanto del primario como de las metástasis.

Se consideran operables con finalidad radical, es decir susceptibles de curación por el tratamiento quirúrgico, aquellos casos en que el proceso tumoral esté localizado al segmento cólico mismo; si hay metástasis hepáticas no debe hacerse cirugía radical.

En el cáncer de la mitad derecha del colon se hará hemicolectomía derecha e íleo-transverso-anastomosis. En el del transverso se reseca del ángulo hepático al esplénico con extirpación amplia del mesocolon correspondiente.

En el del descendente y en el del sigmoide, se reseca con margen el segmento portador de la neoplasia y su meso, pudiendo restablecerse la continuidad del tubo digestivo en algunos casos por anastomosis término-terminal, siendo en otros casos necesario recurrir a procedimientos de exteriorización de las asas aferente y eferente del colon, haciendo cierre secundario ulteriores.

DESCRIPCION DE HISTORIAS CLINICAS:

J.R.A.M. de 54 años, sexo masculino, Reg. Méd. #54902

consulta por dolor abdominal, anorexia, pérdida de peso, edema de miembros inferiores y estreñimiento de 5 años de evolución.

Al examen físico, paciente caquético, en malas condiciones generales. La serie gastro-intestinal fue positiva para masa a nivel del colon.

Se consideró operable, practicándosele íleo-colostomía transversa y biopsia hepática. El caso clasificado como desfavorable y terminal.

La anatomía patológica: Carcinoma del ciego altamente indiferenciado y anaplástico. Fué dado de egreso en malas condiciones, no volviendo a saberse de él.

F.C.C., de 60 años, sexo masculino, Reg. Méd. 172461, consulta por dolor abdominal difuso y anorexia de 2 meses de evolución.

Por el cuadro clínico se sospechó neoplasia del colon ascendente. Se le practicó hemi-colectomía derecha.

Anatomía patológica: Carcinoma del colon, bien diferenciado. Buen pronóstico.

M.C.V., de 67 años, sexo masculino, Reg. Méd. #175503, consulta por anorexia, pérdida de peso y estreñimiento de 3 meses de evolución.

Masa palpable a nivel del flanco derecho. Paciente en malas condiciones generales. Se consideró no favorable para intervención quirúrgica.

La serie gastro-intestinal, positiva; además biopsia hepática con metástasis de carcinoma recto-sigmoide.

Falleció en el hospital sin practicarle ningún tipo de cirugía.

M.H.R., de 51 años, sexo masculino, Reg. Méd. #186283 que consulta por dolor en hipogastrio y melena de 6 meses de evolución.

Al tacto rectal, se hizo diagnóstico clínico de carcinoma recto-sigmoide. Caso operable, se le practicó colostomía transversa yeyuno-íleon, anastomosis yeyuno-ileal

Anatomía patológica: Adenocarcinoma del recto, grado II.

Paciente falleció (durante su hospitalización), una semana después.

J.L.R., de 44 años de edad, sexo masculino, con Reg. Med. 163819. Dolor, estreñimiento y melena de un año de evolución. Diagnóstico clínico de carcinoma del recto. Caso no favorable, se le practicó colostomía.

Anatomía patológica: Carcinoma. Se le dió egreso y no regresó a consulta externa.

R.P.G., de 72 años; sexo masculino, Reg. Med. #46604, consulta por dolor abdominal difuso, anorexia, pérdida de peso, estreñimiento y melena de 5 meses de evolución.

Al examen clínico: paciente caquéctico. Se le hizo diagnóstico de carcinoma del ano. Caso operable. Se le practicó colostomía y resección abdomino-perineal. Anatomía patológica: Carcinoma del ano grado II. No regresó a consulta externa.

CAPITULO V

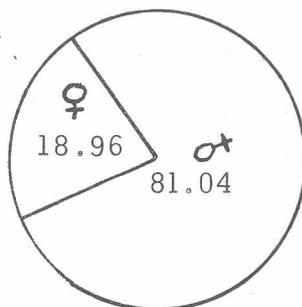
ANALISIS ESTADISTICOS

En este capítulo expresamos en forma numérica y gráfica los datos obtenidos en la Revisión de las 366 Historias Clínicas, dando a conocer los valores porcentuales parciales y totales, su relación entre unos y otros.

Cuadro Estadístico del número total de los Casos estudiados, según los distintos segmentos del Tracto Gastro-Intestinal.

Carcinoma del Esófago.....	16 casos
Carcinoma gástrico.....	315 casos
Carcinoma intestino delgado.....	1 caso
Carcinoma del ciego.....	4 casos
Carcinoma del colon.....	13 casos
Carcinoma del recto.....	17 casos

Distribución Porcentual por Sexo:

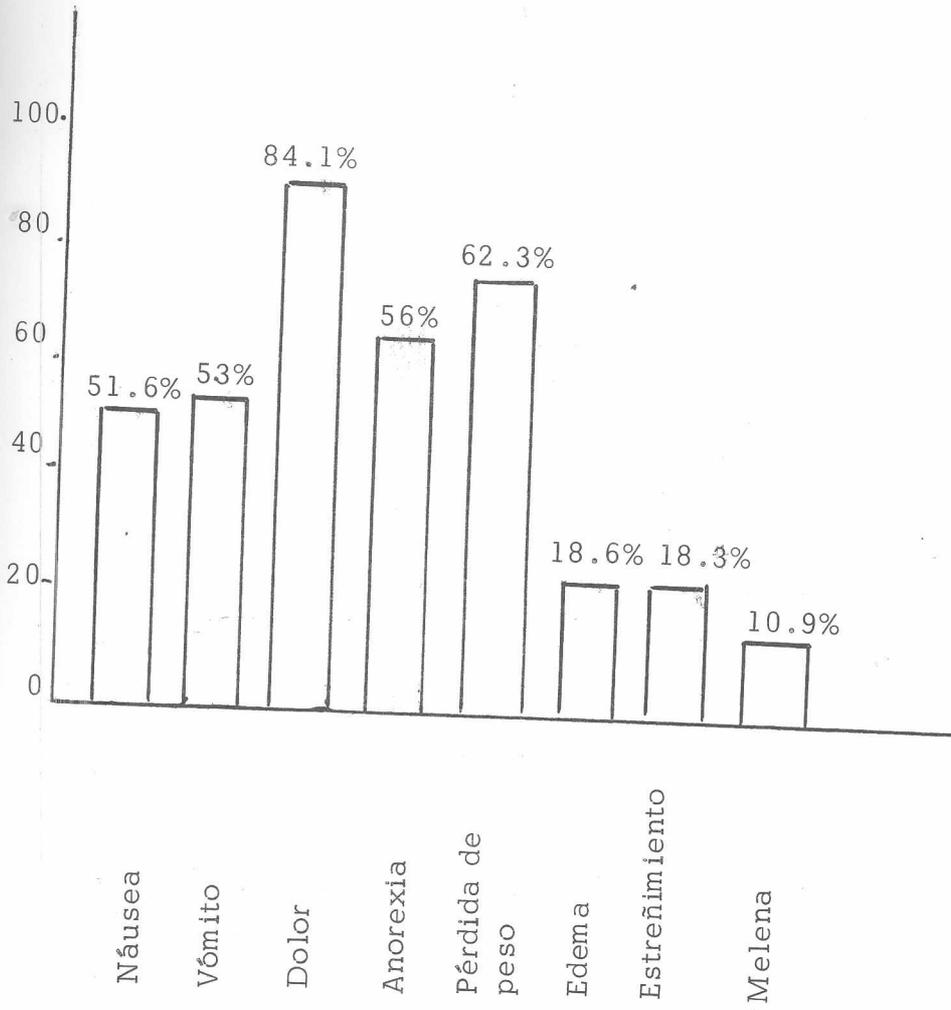


NOTA: La diferencia entre los sexos es debida al reciente funcionamiento (3 años) de atender pacientes del sexo femenino en el Hospital.

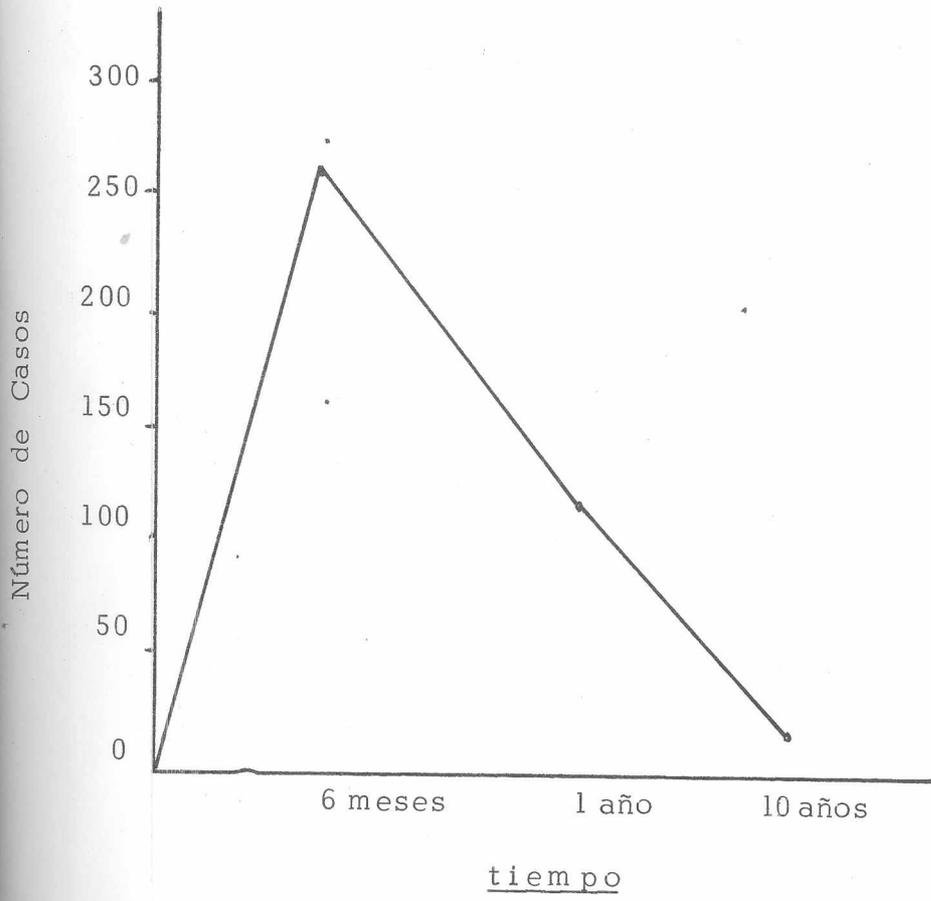
Distribución por Edades: Según lo expresa el Cuadro siguiente:

de 20 a 30 años	6 casos	=	1.6%
de 31 a 40 años	16 casos	=	4.5%
de 41 a 50 años	52 casos	=	14.2%
de 51 a 60 años	94 casos	=	25.7%
de 61 a 70 años	116 casos	=	31.7%
de 71 a 80 años	63 casos	=	17.2%
de 81 a 90 años	13 casos	=	3.5%
de 91 a 100 años	4 casos	=	1.4%

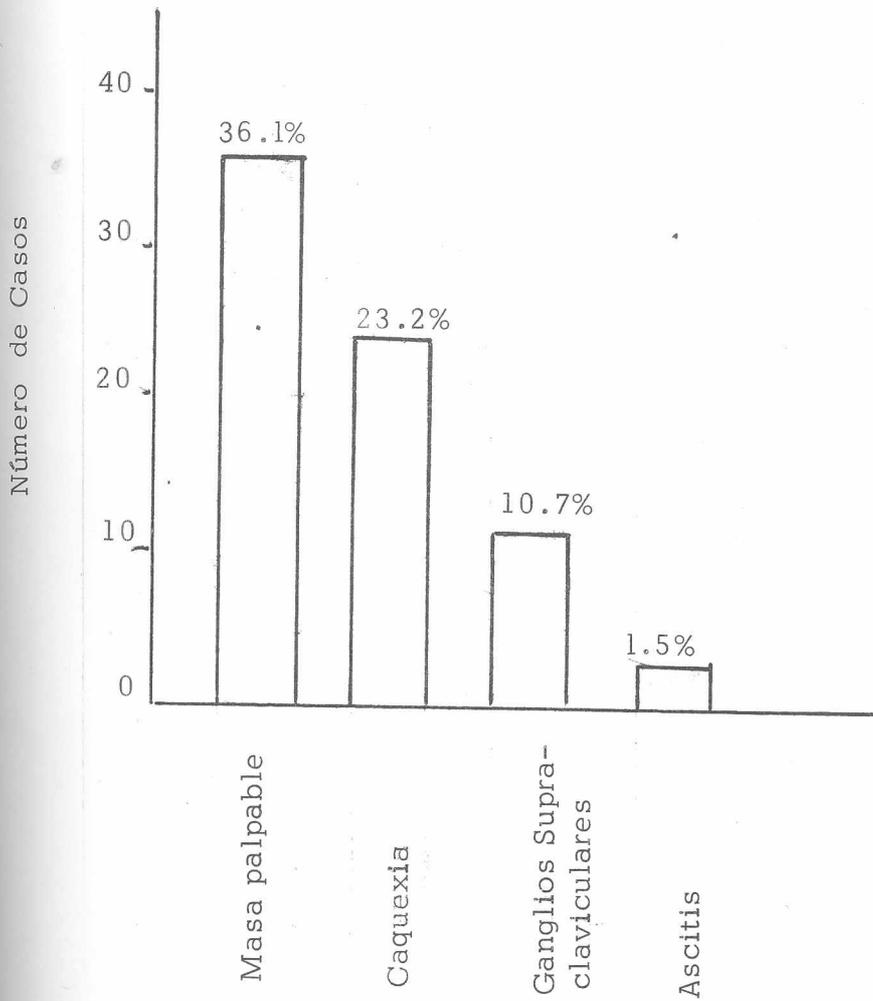
Incidencia de Síntomas



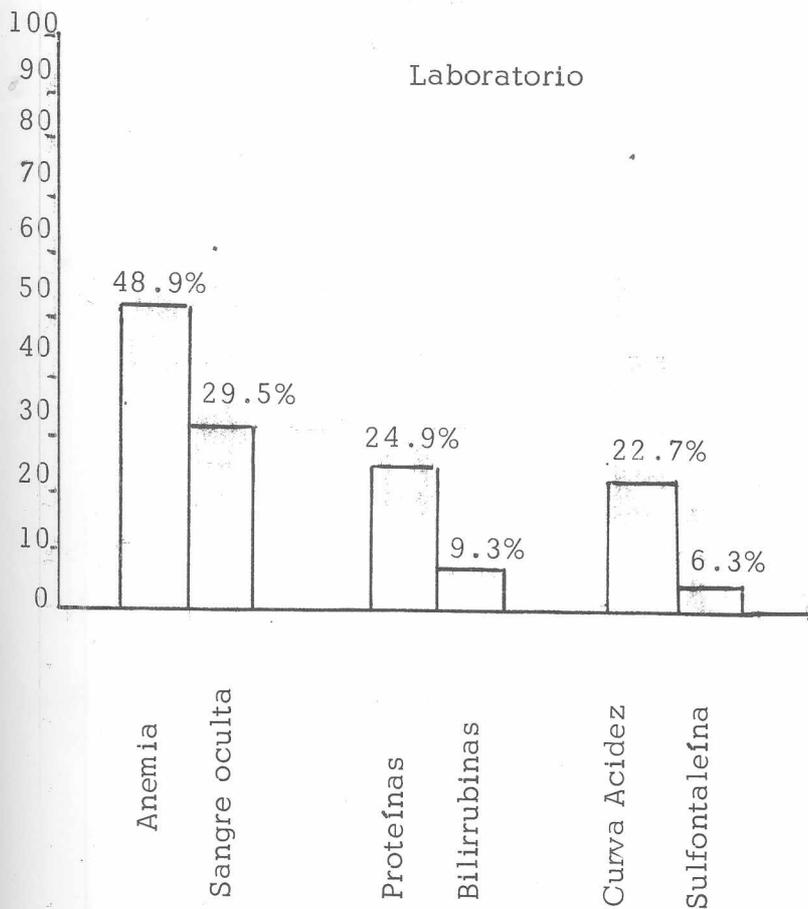
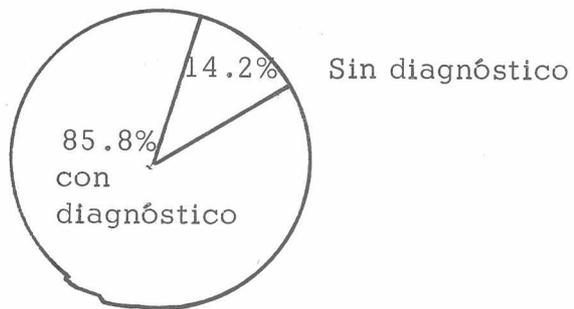
Tiempo de Evolución de la Enfermedad



Hallazgos Físicos más frecuentes



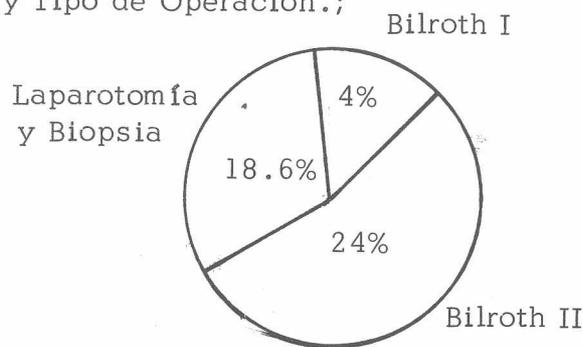
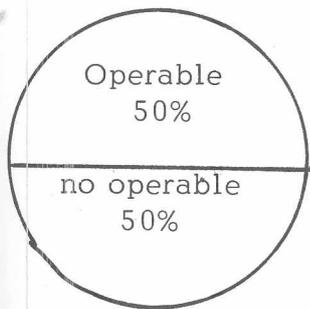
Expresión Gráfica del Diagnóstico Clínico



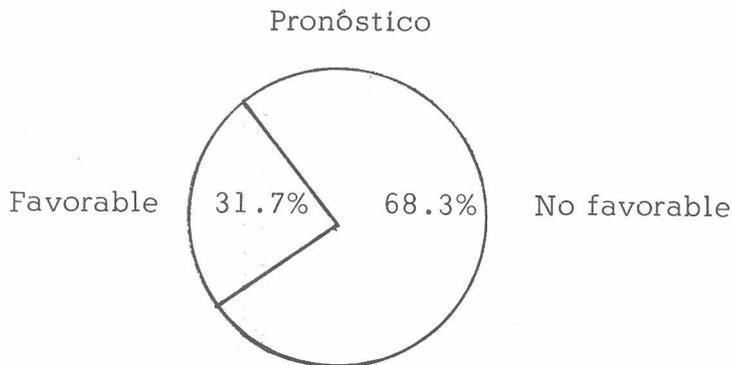
Datos de Exámenes Especializados que demuestran positividad en el Diagnóstico de Cáncer:

Rayos "X"	=	71.0%
Biopsia Hepática	=	14.2%
Anatomía Patológica	=	59.0%
Papanicolau	=	6.0%

Relación de Operabilidad y Tipo de Operación.;



Porcentaje total de Operabilidad : 54%



Cáncer Esófago-gastro-intestinal

Tipo Histológico:

Esófago:	Cáncer Células Escamosas	9 casos
	Adenocarcinoma	1 "
Estómago:	Adenocarcinoma	63 casos
	Carcinoma	42 "
	Linfoma Maligno	1 "
Intestino Delgado:	Linfoma Maligno	1 caso
Intestino Grueso:	Adenocarcinoma Ciego	2 casos
	Carcinoma Mucoide del Ciego	1 caso
	Adenocarcinoma del Colon ascendente	5 casos
	Carcinoma del colon	2 casos
	Adenocarcinoma Sigmoides	2 casos
Recto:	Adenocarcinoma	10 casos
	Carcinoma Coloide	2 casos
	Carcinoma	2 casos

Se enviaron 65 notas para el control post-operatorio a las direcciones de los pacientes tratados, de los que respondi-

ron únicamente 9, habiendo fallecido de éstos, 6 en el primer año y evolucionando satisfactoriamente 3.

CAPITULO VI

ESTUDIO DEL PRONOSTICO EN LOS CASOS TRATADOS

En nuestros casos, analizaremos desde un punto de vista estadístico el pronóstico favorable o no de los distintos casos en las regiones tratadas.

Es necesario advertir que al estudiar el pronóstico de cáncer, más que todo nos referimos a términos de sobre-vida, ya que al hacerse el diagnóstico de cáncer, el pronóstico es desfavorable pasados algunos meses o años.

En el estudio de cáncer gástrico que nos dió un total de 313 casos, el pronóstico favorable fué de 37.1% y desfavorable en 41.3%. El estudio de cáncer esofágico dió un total de 15 casos, de los cuales fueron favorables en su evolución post-operatoria 13.33% y desfavorable 73.33%.

El cáncer intestinal también arroja datos reveladores respecto del curso desfavorable que siguen este tipo de cánceres.

En un total de 35 casos, evolucionaron favorablemente 5.71%, desfavorablemente 22.85%.

Como se observa estadísticamente, predomina el curso desfavorable en la evolución postoperatoria.

Analizando desde un punto de vista general, el pronóstico fue favorable en un 31.7% y desfavorable en un 58.2% de los casos, tomando en cuenta en conjunto todos los tipos de cánceres estudiados.

CAPITULO VII

SUMARIO

En el presente capítulo se revisaron las Historias Clínicas de 366 casos de neoplasias esófago-gastro-intestinales, en un período comprendido de 9 años en el Hospital Roosevelt de Guatemala, analizándose los aspectos clínicos, de laboratorio, radiológicos y anatómopatológicos.

Se estableció un análisis estadístico comparativo entre los hallazgos mencionados en el párrafo anterior, con estudios hechos en nuestro medio y en el exterior al respecto del tema, sirviéndonos para determinar nuestro criterio para el tratamiento médico, quirúrgico y paliativo (irradiación). La experiencia adquirida se ha utilizado también para dictaminar sobre el pronóstico en los casos estudiados.

Se logró poco estudio y conclusiones en cuanto a consultas se refiere, a pesar de haber dedicado atención especial para lograrlas, condicionado a la misma idiosincrasia de nuestro medio.

CAPITULO VIII

CONCLUSIONES

- 1a. De los 366 casos estudiados, 314 pacientes (85.8%) su sintomatología se había iniciado con mucho tiempo de anticipación al momento de la consulta.
- 2a. La enfermedad fué generalmente diagnósticada tardíamente.
- 3a. Dolor, anorexia, y pérdida de peso fueron los síntomas capitales como manifestaciones de neoplasia en el tracto digestivo.
- 4a. La 6a. y 7a. década de vida son las más afectadas por neoplasias del tracto gastro-intestinal; 116 casos (31.7%)
- 5a. Las neoplasias gastro-intestinales de nuestra revisión, predominarón a la altura del estómago: 313 casos (85.51%) del total.
- 6a. Desde el punto de vista de laboratorio, el dato más sobresaliente fué el de anemia, encontrado en 179 casos (48.9%).

- 7a. La radiología fué el dato más concluyente y de mejor ayuda para el diagnóstico, encontrando positividad en 260 pacientes (71.0%).
- 8a. La histopatología fué otro exámen especializado encontrado positivo en estos pacientes -216 casos- (59.0%).
- 9a. En norma en nuestro hospital practicar laparotomía exploradora que nos sirve como medio de diagnóstico y para tratamiento.

BIBLIOGRAFIA

1. ALVAREZ AMESQUITA, José; BARAJAS, Enrique; "Manual de Cancérológica Básica, México, 1963. p.p. 107-131, 144.
2. American Cáncer Society; Cáncer a Manuel for practitioners. 3d. Ed. Boston Mass., the author, 1956 pp. 31, 96, 117-123.
3. Argueta Molina, Jorge Alfonso. "Correlación de la Anatomía y la Radiología del Carcinoma Gástrico. Tesis, Guatemala; Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas, 1966, pp 32-41.
4. Berg, John and Menneer, Gordon. "Leiomiomas of the Stomach, a Clinical and Pathological Study; Cancer 13, Jan Feb. 1960 pp 26-33.
5. Boyd, William. "Tratado de Patología General y Anatomía Patológica". 29 ed. Buenos Aires. Librería y Editorial Bernades S.R. G. 1959, pp 495-507-534.
6. Conn, Howard F. "Terapéutica 1967", 19 ed. Barcelona, Salvat Editores, 1967, pp. 356-363.
7. Cossio, Pedro, Semiología Médica; Buenos Aires, Prensa Médica Argentina, 1955, pp. 559-588-619-669 (vol. 1).
8. Ewing, James. "Oncología", traducción de la 4a. edición inglesa; Barcelona, Salvat. Editores, S.A. 1948 pp. 1-5.
9. Field, John B. "Cáncer, Diagnosis and Treatment". Boston, Mass, Little, Brown, 1959. pp 153-220-248-292-.

10. Harrison, T.R. "Medicina Interna", 2a. ed. México La Prensa Médica Mexicana. pp 413-420, 1392 1402, 1444.
11. Infante Diaz, Salvador, "Cancer en el Salvador. El Salvador, Ministerio de Educación. Dirección General de Publicaciones, 1966. pp. 194 y 204
12. John E. Gregory. "Pathogenesis of cancer". 2nd ed. California. Geddes Press 1952. p. 194.
13. Linke, D.A. "Diagnosticoprecoz del Cáncer, Manual para la Práctica Médica. Barcelona, Científica Médica, 1964. pp. 9-289-296 y 304.
14. Martínez Duran, Carlos. "Las Ciencias Médicas en Guatemala", 2a. Ed. Guatemala, Tipografía Nacional 1945. pp. 19-44.
15. Modrego S. Perez. "Detección precoz, diagnóstico y tratamiento del cáncer" Madrid, Garsi. 1965 pp. 209-224.
16. Paziienza C., "Aspetti Notevoli del Problema della diagnosi radiologica precoce del carcinoma gástrico. Minerva Gastroenterologica. pp. 126-137.
17. Passano, Juan Estéban y otros. "Cáncer, inducción a su diagnóstico" Buenos Aires. Talleres Gráficos. PROCMO. 1947. pp. 157-212.
18. Digeway Trimble, and Harking George A. "Sarcoma of the Stomach. S.G.O. april 1960. pp 437-442.
19. Waltman, Walters, "Carcinoma and other malignant lesions of the Stomach, Philadelphia. W.B. Saunders, 1942. pp. 37-54.

Vo.Bo.

Ruth R. de Amaya

Ruth R. de Amaya
Bibliotecaria

Br. DUNCAN WALDEMAR SOSA AGUIRRE

Dr. ISMAR CINTORA
Asesor

Dr. RODOLFO DURAN
Revisor

Dr. RODOLFO SOLIS HEGEL
Director
Departamento de Cirugía

Dr. Francisco Villagrán
Secretario

Vo.Bo.

Dr. Julio de León M.
Decano