

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

"CANCER GASTRICO"

(Revisión de 100 casos en el Hospital General
San Juan de Dios de Guatemala).

TESIS

Presentada a la Facultad de Ciencias Médicas de la
Universidad de San Carlos de Guatemala

Por

CARLOS ALFREDO MONSANTO TOLEDO

En el Acto de su Investidura de

MEDICO Y CIRUJANO

Guatemala, febrero de 1969.

PLAN DE TESIS

- I. Introducción
- II. Material y Métodos
- III. Análisis de 100 Casos
- IV. Revisión de Literatura
- V. Discusión
- VI. Conclusiones
- VII. Bibliografía.

INTRODUCCION

Este trabajo puede considerarse como una continuación al presentado en 1959 por el Dr. Miguel Frech y Frech, sobre Cáncer Gástrico en Guatemala, habiendo hecho la comparación entre el mejor estudio de dicha entidad basados en técnicas diagnósticas mejores, lo cual; aparenta señalar una mayor incidencia de la misma.

Son bien conocidos del clínico y del cirujano, las dificultades que ocasionalmente presenta el diagnóstico del Cáncer del Estómago; por lo cual espero que mi trabajo señale alguna de las manifestaciones más comunes -- del mismo en nuestro medio y que a la vez se aprecie la diferencia estadística respecto a su manifestación en otros países.

MATERIAL Y METODOS

Se revisaron los archivos de Anatomía Patológica del Hospital General, comprendidos del primero; de Enero de 1960 al 31 de Diciembre de 1968, encontrando 100 casos de Cáncer del Estómago confirmados histopatológicamente, tomando en cuenta casos quirúrgicos y de biopsia por gastroscopía.

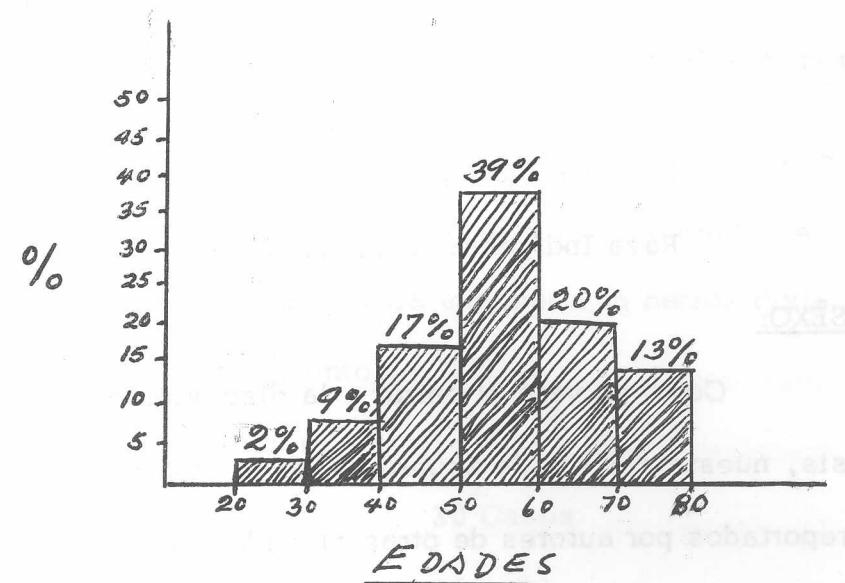
Se hizo exclusión de los casos estudiados únicamente por Papenicolaou, así como los referidos de los Departamentos de la República, por no constar su estudio médico-quirúrgico completo.

Tabulación estadística en los Archivos Generales del Hospital en cuestión, extrayendo los casos que aportaban, por estar completos datos importantes al conocimiento del cáncer gástrico en un sector de nuestra población.

Consulta bibliográfica y de monografías.

ANALISIS ESTADISTICO DE 100 CASOS

EDAD: Este es uno de los datos de gran importancia en el estudio de la incidencia de Cáncer del Estómago y que sirve de referencia para su investigación anamnésica. Nuestros grupos fueron:



La edad menor reportada fué de 30 años y la mayor de 78 años, correspondiendo la primera al sexo femenino y la segunda al masculino.

GRUPO RACIAL:

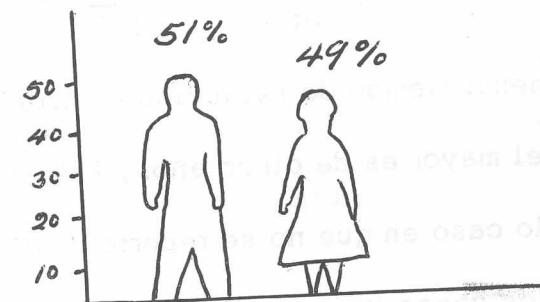
En nuestra población, estadísticamente se reconoce dos grupos raciales, conocidos como Ladino y el Indígena, para mayor comprensión los denominaremos así:

Raza Ladina..... 95%

Raza Indígena..... 5%

SEXO:

Como se verá al entrar a la discusión de la tesis, nuestros datos de acuerdo al sexo varían de los reportados por autores de otras ciudades, encontrando entre nosotros los siguientes:



CUADRO CLINICO:

Esta es la parte del diagnóstico que más investigación amerita, ya que mediante una historia bien recabada se puede llegar a la conclusión de la patología en estudio. Para exponerla la hemos dividido en varios elementos:

Tiempo de evolución:

0 a 4 meses:	30 Casos
4 a 8 meses:	36 "
8 a 12 meses:	5 "
1 a 2 años:	25 "

Más de 2 años:	3 Casos
No reportados:	<u>1 Caso.</u>
Total:	100 Casos

El menor tiempo de evolución reportado es de - dos días y el mayor es de cinco años, habiendo encontrado un solo caso en que no se reportó dicho dato.

De los casos investigados, todos tuvieron síntomas que orientaban al diagnóstico (100%), a pesar de lo cual ingresaron ~~con el de~~ Cáncer Gástrico únicamente el 58%, siendo el 42% restante ingresado con diagnósticos varios.

El síntoma más frecuente fue el de "dolor epigástrico" (100%), descrito en algunas historias como "sensación de pesadez" o de constrictión epigástrica. En algunos casos se reportó propagación del dolor hacia los hipocondrios, más frecuentemente hacia el derecho.

La pirosis post-prandial, sensación de llenura fácil y las regurgitaciones ocuparon 93% en las des-

cripciones clínicas, no siendo reportadas en 7%.

La anorexia fué otro de los síntomas importantes, ya que 94% de los pacientes la refirieron, ligándola íntimamente a la pérdida de peso, ésto último descrito en el 100% de las historias .

Síndrome Obstructivo:

Producido por la estenosis tumoral y representado por los vómitos post-prandiales inmediatos, así como la intolerancia a los alimentos sólidos, fué encontrado en los siguientes porcentajes:

Positivo:	75%
Negativo:	24%
Sin reporte:	1%

Dentro de los aspectos clínicos más sobresalientes, pero poco investigados, se encuentran los siguientes:

Diarrea:

Unicamente encontrada en 5% de los casos investigados, no habiendo sido reportada en el 95% restante.

Estreñimiento:

Traducido como secundario a la mala ingesta del paciente, fué encontrado únicamente en el 13% de los casos, no encontrando su reporte o su hallazgo en 87% de los mismos.

Hematemesis:

Únicamente 5% de los casos estudiados la reportan, siendo su descripción asociada a los estados obstrutivos.

Melena:

2% es el bajo porcentaje de éste signo reportado, coincidiendo en dos casos de hematemesis.

98% de las historias no hacen mención de dicho cuadro.

Dentro de los signos clínicos hallados en la exploración del paciente y que implican importancia en el diagnóstico del Cáncer del Estómago, tenemos:

Masa Palpable:

Definida como una masa nodular epigástrica, fija o nó a planos profundos, dolorosa y de tamaño variable, fué encontrada en el 36% de los casos, no encontrando su reporte o su hallazgo en el 64% de los mismos.

Adenopatías:

La tradicionalmente descrita adenopatía supraclavicular izquierda (ganglio de Virchow), no fué descrita en ninguno de los estudios hechos en cada caso, encontrando únicamente referencias de adenopatías inguinales, cervicales y, ocasionalmente, epitrocálgicas.

res, consideradas como sin relación con la patología específica del estudio.

Hepatomegalia:

2% de los casos la refieren, pero tenía relación directa con el estado nutricional del paciente.

aún en los casos en que la laparotomía evidenció metástasis hepáticas, ésta víscera no modificó su tamaño.

Tacto Rectal:

En las descripciones de examen físico, encontramos los siguientes porcentajes:

Efectuado: 42%

No efectuado: 58% (no reportado)

En todos los casos investigados, el signo de Blummer fué negativo.

EXAMENES COMPLEMENTARIOS DEL DIAGNOSTICO CLINICO:

NICO:

Curva de Acidez:

Las anaclorhidria y/o hipoclorhidria, fueron predominantes en los casos estudiados, así:

Investigadas:	Baja:	21%
	Normal:	5%
	Alta (?):	3%
No investigada:		71%

Sangre Oculta en Heces:

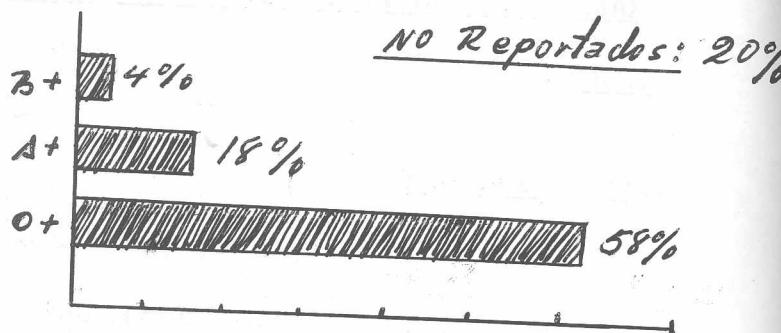
Positiva: 25%

Negativa: 2%

No Investigada: 73%

Grupo Sanguíneo y Rh.

Respecto a éste dato no hay estudio anterior, sin embargo, encontramos datos de comparación importantes:



Gastroscopía:

La visualización indirecta de la cavidad gástrica, es de gran importancia en el estudio del Carcinoma del estómago. Nuestras cifras son las siguientes:

Estudios efectuados: 15%

Positivos para Ca. gástrico: 3

Negativos para Ca. gástrico: 2

Casos no estudiados: 95%

Papanicolaou:

Encontramos 5% de los casos estudiados que incluían éste examen, con los siguientes resultados:

Positivos para células neoplásicas: 4 Casos

Negativos para células neoplásicas: 1 Caso.

Evaluación Radiológica:

Positivos: 85%

Negativos: 9%

No reportados: 6%

TRATAMIENTO:

De los 100 casos presentados, todos fueron resueltos quirúrgicamente, no correspondiendo a éste estudio entrar en materia del tipo de intervención, -- por lo que únicamente describiremos los hallazgos:

Metástasis:

Se tomaron en cuenta los aspectos macro y microscópicos, con los siguientes datos:

Biopsias ganglionares positivas para metástasis: 68%

" " negativas " " 18%

Casos no reportados: 14%

El orden de frecuencia de las metástasis halladas fué el siguiente: Ganglios, Hígado, Peritoneo, - Epiplón mayor.

Localización del Tumor:

Antro pilórico 57%

Curvatura mayor 4%

Fondo 3%

Curvatura menor	2%
No reportados:	34%

Clasificación:

Basados en su cuadro histopatológico, nuestras cifras son:

Adeno-Carcinoma:	67%
Carcinoma anaplastico:	26%
Carcinoma coloide	7%

Clasificación de Broders: (Histológica de acuerdo a su grado de malignidad):

Grado I:	0%
Grado II:	20%
Grado III:	23%
Grado IV:	9%
No reportados:	48%

REVISION DE LITERATURA

DISCUSION:

Frecuencia:

Se puede considerar al Cáncer Gástrico en - aumento en nuestra población, no tanto como fenómeno en sí, sino que en proporción al mejor estudio clínico del paciente actual.

En estadísticas nacionales anteriores (3), hubo que estudiar tanto los casos hospitalarios propiamente dichos, como los encontrados en un sector de clientela privada. Igualmente se estudiaron tanto -- los casos inoperables, como los que sí fueron intervenidos, no sobrepasando de cien el número de estudios. En esta revisión, encontramos una mayor incidencia de casos pero, por tener su estudio completo desde su ingreso, únicamente presentamos 100 de ellos.

En los Archivos de Estadística del Hospital General San Juan de Dios de Guatemala, figuran más de 200

casos estudiados como Carcinomas gástricos (Clínica y Radiológicamente), pero que no llegaron a la mesa de Cirugía y no pudo comprobarse histopatológicamente el diagnóstico.

En ninguno de los casos se presenta el tiempo de sobrevida a partir del diagnóstico relacionándolo a la sintomatología o a la intervención quirúrgica. Esto - se debe en parte a lo reciente de nuestros datos o a la idiosincrasia de nuestros habitantes al escoger el sitio de su muerte.

Edad y Sexo: Nuestros datos estadísticos respecto al grupo etario más frecuentemente afectado por Cáncer del Estómago coinciden con las de otros países (2-1-7-), siendo éste el de los 50-60 años, con un promedio de 39% de los casos.

Referente al sexo, sí existe diferencia en nuestras

cifras, ya que algunos autores dan predominio femenino de 4: 1 (3), en tanto que otros indican mayoría del sexo masculino, en proporción de 2:1 (11). En nuestros estudios nosotros encontramos que no existe mayor diferencia en cuanto al sexo y de que el promedio es de 1:1.

Etiología:

Podemos citar el caso de 10 pacientes que presentaron antecedentes confirmados de Ulcera Péptica y 1 con diagnóstico anterior de Gastritis (?). No hubo confirmación histológica en ninguno de los casos mencionados.

Localización:

Es otro dato que coincide con estadísticas extranjeras, ya que la mayor incidencia recae siempre en el área perteneciente al antro pilórico (región pre- y pilórica). (1-6.11-)

Anatomía Patológica:

De todas las series revisadas en la última década, hay en su mayoría (1-7-11-) datos que confirman los nuestros. En Bélgica (2) reportan hallazgo histopatológico de sarcomas primarios en 3% de las neoplasias estudiadas.

CUADRO CLINICO:

Tiempo de Evolución:

Es un dato que creemos de la precisión absoluta del valor estadístico, ya que es de apreciación puramente subjetiva y al que pueden dársele muchas variaciones de acuerdo al IQ del paciente. A pesar de ello los datos estadísticos presentados por varios autores (3-1-) y los nuestros coinciden, siendo ellos de 6 a 8 meses en promedio.

Otros Síntomas:

El cuadro sintomático no presenta ninguna alteración

ción de acuerdo al lugar de estudio, y todos ellos -- coinciden (1.3.7.), al igual que nosotros, en que el paciente presenta una historia que se inicia pocos - meses atrás, de pérdida de peso, anorexia ó hiporexia hacia los alimentos sólidos (más que nada por - dificultad de su deglución o aceptación gástrica), molestias epigástricas con o sin propagación a los hipocondrios o región retroesternal y que pueden variar - desde una sensación ligera de pesadez hasta dolores espasmódicos poco soportables, de aparición post-- prandial y que se acompañan de pirosis, náusea y -- vómitos de alimentos sin digerir mezclados con algunos de digestión inicial. Todo éste cuadro se acompaña en algunos porcentajes (-) de diarrea (5%) es - treñimiento (13%), Hematemesis (5%) y/o Melenas - (2%).

La exploración física es de suma importancia,

pero puede ser negativa en gran número de casos. Estos son los datos más frecuentes encontrados:

Masa palpable:

Ya definida en párrafos anteriores y en la cual debe hacerse el diagnóstico diferencial con neoformaciones de tejidos superficiales, así como con bezoares o tumores - de estructuras vecinas al estómago. Este signo estuvo - presente en el 36% de nuestros casos.

Hepatomegalía:

Descrita sin cifras estadísticas por otros autores, en nuestro grupo fue hallada únicamente en el 2%, sin que contribuyera al diagnóstico verdadero.

Adenopatías:

Negativas de importancia en nuestra serie, ha sido de valor determinante en otros estudios, sobre todo al hacer el estudio por biopsia de ganglios supraclavicu-

lares o pre-escálénicos.

Tacto Rectal:

Es otro examen de importancia, pero que muchas veces escapa al tiempo o la acuosidad del clínico, pasando por alto los hallazgos descritos por Blummer. En los casos estudiados en ésta serie, únicamente fué practicado dicho examen en el 42% de los pacientes, siendo negativo en todos ellos.

Procedimientos auxiliares en el diagnóstico:

Curva de Acidez:

La evaluación de la acidez del jugo gástrico - mediante la simple prueba de la Histamina es una de las pruebas más sencillas de realizar en la clínica, y a la cual se le da gran importancia a su valor en otras series estadísticas sobre Carcinoma gástrico. Según Hitchcock y Scheiner (7) así como Robbins (11), existen niveles bajos del HCl en 75% de los casos. En -

nuestro estudio encontramos 72.9% de anaclorhidria.

No fué practicado éste examen en 71% de los casos.

Sangre Oculta en Heces:

La mayor parte de las veces el tumor sufre ulceraciones ó hemorragias leves que pueden interpretarse mediante la investigación de sangre oculta en las heces del paciente en estudio. Algunos autores (1) mencionan cifras del 45% de positividad, habiéndola encontrado nosotros en esta forma: en 89% si tomamos en consideración que solo en 28 de los 100 casos estudiados fue practicado este exámen.

Clasificación de Anemia:

Cuando se investiga, se encontrará clasificada como Anemia microcítica hipocrómica y debe hacerse un estudio especial de aquellos pacientes que presenten Anemia Perniciosa, por la relativa elevada incidencia de Carcinoma Gástrico en ellos.

En nuestros pacientes no fué estudiada en ningún caso.

Gastroscopía:

Este estudio implica mayor entrenamiento del examinador, pero en todo hospital general debe contarse con médicos adiestrados en el manejo del Gastroscopio y dispuestos en cualquier momento a practicar el exámen. Es de gran valoración el diagnóstico diferencial del Carcinoma y puede hasta evitar una parotomía si se toma una biopsia dirigida de la lesión.

En nuestra serie estadística, se practicó éste examen en 5 casos, siendo positivos 3 de ellos y 2 -nó, habiendo sido éstos confirmados posteriormente en la mesa de operaciones. Esto nos da un índice de que sí se puede hacer una evaluación gastroscópica previa a la intervención, sin que ello implique lesiones al paciente o gastos al Hospital.

Papanicolaou:

La serie publicada en 1965 por Duane W. Taebel y col. (13) practicada en 2304 pacientes a los cuales se les tomó material para estudio mediante la técnica de Papanicolaou, reporta 282 casos positivos para células malignas, 257 de los cuales fueron Adenocarcinomas al estudiarlos después de Cirugía o Autopsia. Nuestra serie tiene un porcentaje sumamente bajo de este estudio, ya que únicamente en el 5% de los casos fué practicado, encontrando 4 casos positivos y uno negativo.

Radiología:

Para Cecil-Loeb (1), el porcentaje de positividad reportado por el estudio radiográfico con material radiopaco, fué de 95%. Nuestro estudio evidenció una positividad en 85 de los casos, pero no se encontró - reporte de 6 más.

Grupo Sanguíneo Rh:

Si tomamos en consideración que el grupo sanguíneo y Rh predominantes en nuestro medio lo son -0 positivos, nos podremos formar una idea y hacer la comparación correspondiente con otras series respecto a la alta incidencia del grupo A positivo. Algunos autores (1) lo reportan en el 44.8% de los casos, habiéndolo encontrado nosotros en el 22.5% de los mismos, en contraposición al 0 positivo, presente en el 72.5 de los casos.

Biopsia Ganglionar:

No fué practicada en ninguno de nuestros casos, a pesar de la importancia que se le da en otros estudios hechos en Hospitales de Investigación.

CONCLUSIONES:

- 1.- Se investigaron 100 casos con estudio satisfactorio y comprobación anatomo-patológico de Cáncer Gástrico, en un período de 10 años (1959-1968).
- 2.- De éstos casos, únicamente le 58% ingresó al Hospital con diagnóstico de Cáncer Gástrico.
- 3.- Nuestras comparaciones estadísticas revelan gran semejanza con otras series, exceptuando lo referente al sexo, ya que en nuestro medio la relación es del 1:1.-
- 4.- Se evidencia con este estudio, que aún existe gran deficiencia en la investigación clínica por historia, examen físico y estudios complementarios, viendo que todos los casos presentaron sintomatología sugestiva de la patología en estudio.
- 5.- De los 100 casos presentados, todos fueron re-

sueltos quirúrgicamente y comprobados histopatológicamente en el Departamento de Anatomía Patológica del Hospital General.

- 6.- Con respecto al tiempo de sobrevida post-operatorio, no fue posible realizarlo, considerando éste como factor importante para estudios subsiguientes.

RECOMENDACIONES

- 1.- Debemos seguir la pauta indicada por otros centros de Investigación en cuanto a que todo caso sospechoso debe ser minuciosamente estudiado.
- 2.- Se insiste nuevamente en la divulgación de la sintomatología del Cáncer a nuestra población, para que acuda más temprano a Consulta Médica y poder ser diagnosticado tempranamente, con tratamiento quirúrgico lo más pronto posible.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Beeson, Paul B., y Walsh McDermott, Eds., Tratado de Medicina Interna. 11a. Edición, México Editorial Interamericana S.A., 1964, pp. 982- -- 987.
- 2.- Dubois A., Bremer A., and Deloyers L., "Primary Sarcoma in the stomach" Act. Chir. Belg. 64: - 1035, 1963. Abstracted in: International Surgery Abstracts 123 (6): 1381, December 1966.
- 3.- Frech y Frech, Miguel. "Estudio Clínico, Radiológico y Patológico del Cáncer del Estómago en Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas. Tesis, Marzo de --- 1959.
- 4.- Gibbs D., D. "Carcinoma in the gastric remnant after parcial Gastrectomy for benign ulceration". London Arch Cir. 16: 1216, 1963. Abstracted in: International Surgery Abstracts 114(6):542, June 1963.
- 5.- Grewe, J. E., "Palliative treatment of Inoperable Carcinoma of the Esophagus and Cardia", Act. Chir. Sweden, 26:118, 1964, Abstracted In: International Surgery Abstracts, 120(6):1380, Ju-- ne 1964.
- 6.- Harkins, Henry N. y otros. "Principios de Cirugía 2a. Edición México. Editorial Interamericana. -- 1965, p. 569.

- 7.- Hitchcock, Calude M. D. F.A.C.S., Schenider -
Stuart L., "early diagnosis of Gastric Carcino-
ma". Arch. Cir. (Mineapolis, Minn), 236:735,
1961., Abstracted in: International Surgery Abs-
tracts, 113(6):665-672, December 1961.
- 8.- Lortat, J. L., Jacobs y otros, "Ten years' expe--
riencè with Surgical treatment of Gastric Cancer"
Ann. Chir. Par. 16:999, 1962, Abstracted in: In-
ternational Surgery Abstracts, 116(6): 542, Decem-
ber 1962.
- 9.- LeRoux, B. T. "An analysis of the 700 cases of Can-
cer the Hypopharynx, the esophagus and the pro-
ximal stomach". Act. Chir. Can. 143:972, 1962.
Abstracted in: International Surgery Abstracts, --
112(6): 545, June 1962.
- 10- Mizukami T., "The patogenesis and early Diagnosis
of Gastric Carcinoma". Arch. Klin. Chir. 291:569
1959. Abstracted in: Abstracts of Current Literatu-
re. 110(6):548, June 1960.
- 11- Robbins, Stanley L., "Tratado de Patología con Apli-
cación Clínica", 2a. Edición. México. Editorial
Interamericana S.A., 1963, pp. 670-676.
- 12- Schreiber, H. W., "Problems in Gastric Resection
for Cancer ". Arch. Klin. Chir. 213:314, 1966,
Abstracted in: Abstracts of Current Literature, 124
(6):1370, June 1967.

- 13- Taebel, Duane W., and cols., "Exfoliative Citology in the
in the Diagnosis of Stomach Carcinoma". Ann. Int. Med
Med (Philadelphia), 63:1018, 1965, Abstracted in:
International Surgery Abstracts, 120(6):1375, June
1965.
- 14- Villalobos, Jesús y Castro, Rodolfo., "Tumor of the
Stomach other than Carcinoma". Revista de Gas--
troenterología (Méxicom 24:99, 1959.

Vo. Bo.


Sra. Ruth R. de Amaya

BR. CARLOS ALFREDO MONSANTO TOLEDO

DR. CARLOS EDUARDO AZPURU
Asesor.

DR. EDUARDO SANTIZO
Revisor

DR. RODOLFO SOLIS HEGEL
Director del Depto. de Cirugía

DR. FRANCISCO VILLAGRAN MUÑOZ
Secretario.

Vo. Bo.

DR. JULIO DE LEON M.
Decano.