UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

"CANCER DEL APARATO DIGESTIVO PANCREAS, VIAS BILIARES E HIGADO"

(Estudio de 172 Casos Diagnosticados en el Hospital Roosevelt por Anatomía Patológica)

En el período de 1975, 1976, 1977

TESIS:

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

POR:

EDWIN ARTURO BRAN GALDAMEZ

Previo al acto de investidura de:

MEDICO Y CIRUJANO

GUATEMALA, JUNIO DE 1979

INDICE

I INTRODUCCION

II HIPOTESIS

III OBJETIVOS

IV MATERIALES Y METODOS

V ETIOLOGIA, EPIDEMIOLOGIA, ANATOMIA PATOLOGICA, MANIFESTACIONES CLINICAS, DIAGNOSTICO, TRATAMIENTO Y PRONOSTICO.

VI PRESENTACION DE RESULTADOS

VII CONCLUSIONES

VIII RECOMENDACIONES

IX BIBLIOGRAFIA

****

INTRODUCCION

El Cáncer es una de las causas de mortalidad y morbilidad más frecuente. En regiones más desarrolladas es considerado la tercera causa de mortalidad después de la enfermedad traumática y las enfermedades cardiovasculares.

En nuestro medio los procesos infecciosos y carenciales son más frecuentes.

El adelanto en la educación y la conciencia popular de la profiláxis, diagnóstico precoz y manejo de pacientes con Cáncer, ha sido evidente en la última década, lo que ha logrado no su dominio y control completo, pero sí hay esperanzas alentadoras, por lo menos se puede ofrecer un período de supervivencia mayor y en mejores condiciones.

Los medios diagnósticos modernos tanto equipo tecnológico, como material humano, hacen que cada año se aumente el número de pacientes en quienes es diagnosticada la presencia del Cáncer.

Las neoplasias malignas gastrointestinales son principalmente adenocarcinomas los que poseen una pobre radiocurabilidad y poca respuesta al tratamiento quimioterapéutico, siendo el tratamiento quirúrgico el de elección, solo o en combinación con los antes mencionados.

El presente trabajo es una revisión del Cáncer de vías digestivas (contemplando tubo digestivo, pancreas, vías biliares e hígado)., patología que fué diagnosticada por biopsia y/o intervención quirúrgica (diagnóstico anatomopatológico); tomado de

los archivos del Hospital Roosevelt, siendo revisados los años de 1975, 1976 y 1977.

Los ingresos totales al Hospital Roosevelt en 1975, 1976 y 1977 fueron 37,665 en promedio por año; haciendo un total de 112,997 de los cuales los 172 casos estudiados son el 0.15% de los ingresos totales.

A los servicios de Cirugía de adultos ingresaron 4,486 en promedio por año y en total 13,460; de los cuales los 172 casos estudiados forman el 1.27% de los ingresos.

El propósito de la presente revisión fué debido al interés en la observación personal de dichos casos durante mi exposición a este material clínico en las prácticas hospitalarias previas a la graduación como Médico y Cirujano.

II HIPOTESIS

El Cáncer del Aparato Digestivo se encuentra localizado con mayor frecuencia en el Estómago.

III OBJETIVOS

1.- Determinar la incidencia de Cáncer del tubo digestivo, páncreas, vías biliares e hígado que ingresan al Hospital Roosevelt de Guatemala.

2.- Comprobar la hipótesis que la mayor incidencia de Cáncer del tubo digestivo es a nivel gástrico, en el medio guatemalteco.

3.- Determinar el tipo de tumores más frecuentes en vías digestivas.

4.- Promover el estudio, conocimiento y educación popular de las mejores técnicas de diagnóstico y tratamiento en el Cáncer, con la finalidad de un reconocimiento precóz de dicha patología y así llegar a obtener mejores resultados terapeúticos.

******

IV MATERIALES Y METODOS

Se estudió los registros clínicos de 172 pacientes del Hospital Roosevelt, quienes presentaron diagnóstico Anatomopatológico de Cáncer del Aparato Digestivo.

Para el análisis de los datos se extrajo de los registros médicos, la siguiente información:

No.de Historia Clínica — No. de Anatomía Patológica

Edad — Sexo — Localización del Cáncer

Tipo de Cáncer — Biopsia y/o Intervención Quirúrgica.

Los datos anteriores se interpretaron en forma estadística.

CANCER DEL ESOFAGO

En los Estados Unidos de Norteamérica el Cáncer del Esófago es responsable de un 2% de todas las muertes por cáncer.

Es común en la sexta década de la vida, lo cual se adapta para nuestro medio según el presente estudio.

La incidencia es más alta en el Japón por arriba de los 35 años, comparado con los Estados Unidos de Norteamérica.

Esta enfermedad ocurre predominantemente en hombres con relación de 3 a 1, pero en Suecia y Finlandia el 40 a 50% de pacientes son mujeres.

En nuestro medio el predominio es a favor de los hombres en una relación de 5 a 2.

Con respecto a la etiología, en la actualidad existen teorías no comprobadas aún, pero si existen ciertas condiciones predisponentes a su desarrollo, ejemplo los pacientes con síndrome de Plummer-Vinson tiene 91% más de susceptibilidad a desarrollarlo que la población en general. También se ha relacionado con dietas muy condimentadas, alcoholismo, comidas calientes y hábitos dietéticos en general.

El síntoma más comunmente presentado, es disfagia y se observa en el 90% de los casos al igual que la pérdida de peso. Además puede haber anorexia, malestar general, hematemesis, parálisis de la cuerda vocal izquierda (nervio recurrente), tos persistente (debida a fístula traqueal), hemoptisis (indica comunicación con la aorta y la muerte ocurre en horas a días).

Entre los procedimientos diagnósticos tenemos: La fluoroscopía, trago de Bario, esofagoscopía con biopsia, citología exfoliativa, etc.

El nivel del esófago donde se localiza la neoplasia es el factor más importante para la elección del tratamiento. Las lesiones del esófago superior tienen muy mal pronóstico y parecen responder mejor a la radiación previa, seguida de cirugía. Las lesiones a nivel medio y bajo del esófago han sido mejor tratadas quirúrgicamente, aún, con fines paliativos. Además son factores importantes para el pronóstico, la profundidad y la longitud de la lesión. Habiéndose comprobado, que si la lesión es menos de 3.5 cm el 50% de los pacientes tienen metástasis y si es mayor de 5 cm el 90% tienen enfermedad ganglionar metastásica.

Las metástasis más frecuentes son al hígado, en un 32% y al pulmón o pleura, en un 21% de los pacientes.

El tipo histológico más comunmente encontrado, es el carcinoma epidermoide o escamoso moderadamente diferenciado, siendo menos común el adenocarcinoma, el cual es usualmente encontrado en el tercio distal del esófago, y frecuentemente es una extensión de un Ca. primario situado en el fondo del estómago.

El tratamiento mayormente empleado, es la cirugía y según lo amerite el caso se combina o con radiación y/o quimioterapia.

La sobrevida de 3 años ha sido: En individuos irradiados preoperatoriamente 44%, en resección sola 22%, y radioterapia sola 7%. En nuestro medio desafortunadamente no existen estadísticas adecuadas para el control de sobrevida.

CANCER DEL ESTOMAGO

El adenocarcinoma es el tumor maligno más común del estómago siendo el 97% de este tipo de lesiones y de 1 a 3% sarcomas de los cuales el 60% son linfomas.

Los tumores benignos más comunmente encontrados en el estómago son leiomiomas.

Se ha encontrado que la incidencia del adenocarcinoma en el estómago, es más alta en el Japón, China e Islandia en donde la muerte es cuatro veces mayor, que la población blanca de los Estados Unidos de Norteamérica, en donde la incidencia ha disminuido en los últimos 10 años y se ha encontrado que es más común en los grupos socioeconómicos bajos y aquellos con dietas de gran contenido de almidón, bajo en frutas frescas y vegetales. Se sugiere que siendo la dieta del guatemalteco a base de frijol y maíz podríamos decir que posee un factor importante en la predisposición del Cáncer.

El área en que más frecuentemente se ha encontrado Cáncer del estómago es en la región prepilórica en más de un 50%.

En Estados Unidos de Norteamérica se encuentra con mayor frecuencia en hombres con una relación de 2 a 1, considerando para nuestro medio en el presente estudio que la predominancia es también en hombres, en proporción de 3 a 2.

Se ha encontrado que el promedio de edad de estos pacientes es de 50 a 59 años, teniendo una sobrevida baja a corto plazo excepto en los casos de diagnóstico y tratamiento precoz.

La etiología es desconocida, pero se relaciona con habitos dietéticos, úlceras, anemia perniciosa, etc.

Tomando en cuenta que Guatemala por su pobreza y educación deficiente está predispuesta a padecer de este tipo y muchos más de patología.

Debe sospecharse carcinoma en: molestias epigástricas vagas que no responden a tratamiento rutinario, con o sin anorexia y pérdida de peso. Debido a lo vago de los síntomas y sus falsas manifestaciones, hay confusión en el diagnóstico y por lo tanto retardo en el tratamiento, el cual muchas veces se inicia cuando aparece la sintomatología, la cual es evidente hasta que el proceso es avanzado.

Entre los procedimientos diagnósticos encontramos examen de heces (sangre oculta), prueba de acidez (la aclorhidia sugiere Cáncer), serie gastrointestinal, gastroscopía, citología exfoliativa, etc.

El tipo histológico más frecuentemente encontrado es el adenocarcinoma y entre otros se incluyen leiomiosarcomas y linfomas.

El tratamiento es principalmente la cirugía; y la operación de elección, la gastrectomía amplia, radical y con raras ocasiones gastrectomía total.

La radioterapia y quimioterapia no han dado resultado en el tratamiento del cáncer gástrico.

CANCER DEL INTESTINO DELGADO

El Cáncer del intestino delgado es muy raro en los Estados Unidos de Norteamérica, lo cual es evidente en nuestro medio según lo demuestra el presente estudio.

La sintomatología encontrada con más frecuencia es obstrucción intestinal y/o hemorragia.

Los procedimientos diagnósticos más utilizados son: Radiografías, arteriografía de mesentérica superior (cuando hay sangrado).

El tratamiento es primordialmente cirugía, acompañado ocasionalmente de radio y/o quimioterapia según lo ameriteel caso.

Se ha encontrado en estos pacientes que la sobrevida a los cinco años no excede el 20%.

CANCER DE COLON, RECTO Y ANO

En los Estados Unidos de Norteamérica el promedio de muertes en 1970 fué: de 45,800 muertes por carcinoma del colon y recto, de intestino delgado fueron 750 muertes, del estómago fueron 15,600, del esófago 6,100 y 61,700 por cáncer del pulmón.

En Japón y Finlandia la incidencia del carcinoma en el colon es baja en comparación con el esófago y estómago.

En nuestro medio es más frecuente el cáncer de estómago que el de colon y recto y en menor número del esófago.

El cáncer del colon afecta igualmente a hombres y mujeres en los Estados Unidos de Norteamérica, no siendo así en nuestro medio, donde predominan las mujeres en una relación de 9 a 5.

Se ha encontrado entre los factores etiológicos predisponentes: Poliposis familiar, colitis ulcerativa crónica, diverticulosis, pólipos adenomatosos y adenoma velloso.

El cáncer del colon es más común en países occidentales que en Africa rural, lo cual puede ser relacionado con el tránsito fecal más prolongado de los primeros a causa de lo refinado de los carbohidratos y la falta de celulosa inabsorvible en sus dietas.

La sintomatología es según la localización del tumor. Las lesiones del colon derecho se representan típicamente con anemia de causa inexplicable y hemorragia gastrointestinal. Puede ser palpada una masa abdominal la cual es asintomática. Es raro que produzca obstrucción en la válvula ileocecal así como también dolor abdominal.

Tumores en el sigmoides se presentan por obstrucción debido a su crecimiento en anillo de servilleta, la anemia y la sangre macroscópica en heces es poco usual.

Tumores del recto se manifiestan con dolor rectal, hemorragia macroscópica y sensación de evacuación incompleta. Cuando las lesiones han avanzado más allá de los ganglios linfáticos pueden alcanzar las vainas perineurales, siendo evidente el dolor sordo y severo en la pelvis.

Entre los procedimientos diagnósticos tenemos, el examen rectal (digital), rectosigmoidoscopía, enema de Bario y Biopsia.

Procedimientos opcionales y de investigación: El antígeno carcinoembriogénico (no específico) debe hacerse antes y en forma seriada después de cirugía.

El principal tratamiento es la resección quirúrgica y también se utiliza radioterapia y quimioterapia en combinación o solas.

Los carcinomas del canal anal pueden requerir disección bilateral de las ingles, como resección abdominoperineal por diseminación en esa dirección.

Indicaciones para radioterapia: Puede usarse pre o postoperatoria en recurrencia local, lesiones inoperables (alivia obstrucción y hemorragia), lesiones de alto riesgo quirúrgico y pacientes que rehusan cirugía.

Con respecto a la quimioterapia aún no hay bases sólidas por lo que se encuentra en estudio (5 FU).

La sobrevida de cinco años es un 27% de estos pacientes.

El seguimiento de estos pacientes se hace con exámenes periódicos y los métodos diagnósticos antes mencionados.

CANCER DE LAS GLANDULAS MAYORES DEL APARATO DIGESTIVO

Desfortunadamente con frecuencia, cuando es descubierto el cáncer en estas glándulas, ya es avanzado y su muerte es a corto plazo. El diagnóstico tardío se debe a su comienzo es inicioso, y a los síntomas vagos como molestias gastrointestinales(indigestión, malestar epigástrico, dolor de espalda), pérdida de peso, anemia, etc.

CANCER DEL PANCREAS

Los tumores malignos del pancreas son relativamente raros pues comprenden más o menos el 2-3% de todos los tipos de cáncer y representan cerca del 10% de todos las neoplasias malignas fatales de la cavidad abdominal.

Son afectados mayormente los hombres que las mujeres, siendo la edad promedio de 60 años.

La etiología es desconocida.

Además de la sintomatología mencionada con anterioridad, se puede encontrar:

1o. En el cáncer de cabeza del pancreas generalmente lo preceden el aparecimiento de ictericia, la cual es progresiva y se acompaña de prurito. La vesícula biliar se dilata y es palpable en un 50% de los casos.

2o. En el cáncer de cuerpo del pancreas, puede haber compresión de plexos nerviosos alrededor de los ganglios celíacos, lo cual da dolor de espalda persistente que aumenta de intensidad con las comidas y cuando se acuesta, encontrando alivio al sentarse o en posición de oración mahometana.

3o. En el cáncer de la cola del pancreas, los síntomas iniciales son causados por metástasis a otros órganos, con pérdida severa de peso y debilidad.

En el estudio actual se logró comprobar que la presencia del cáncer del pancreas en nuestro medio es rara, al igual que lo han demostrado estudios hechos en el extranjero. También obser

vamos que no hay predilección por ningún sexo pues la relación encontrada es de uno a uno.

Los procedimientos diagnósticos utilizados son: Rayos X, colangiografía percutánea transhepática, duodenografía hipotónica, arteriografía selectiva, pruebas de funcionamiento hepático (fosfatasa alcalina aumentada), heces (esteatorrea), glicemia, laparatomía, duodenoscopía, biopsia.

Entre los tipos histológicos, el 90% de los tumores malignos del pancreas son adenocarcinomas, de los cuales dos terceras partes se localizan en la cabeza del pancreas.

Los tumores del pancreas en su mayoría no son resecables, debido a que cuando se hace el diagnóstico generalmente ya han dado metástasis. En pacientes que no presentan metástasis a distancia o que no han invadido la vena porta o la vena cava, se hace una pancreatoduodenectomía con excisión en bloque del estómago distal, colédoco y duodeno (procedimiento de Whipple).-- Los resultados de este tratamiento no son muy alentadores. En forma paliativa se derivan las vías biliares.

CANCER DEL HIGADO

El cáncer del hígado es raro en los Estados Unidos de Norteamérica, en donde representa un 2% de todos los cánceres, en contra posición de los orientales, China, Hong Kong y Africa donde la incidencia es alta.

Estudios efectuados han demostrado que el cáncer del hígado es más frecuente en hombres que en mujeres, teniendo una proporción de 5 a 3. En el estudio actual, se encuentra una relación de 1 a 1.

La cirrosis hepática se encuentra frecuentemente relacionada con el hepatocarcinoma (5% de pacientes con cirrosis tenían cáncer del hígado). También se ha encontrado asociado el parasitismo intestinal (especialmente esquistosomiasis)., además, los pacientes con hemocromatosis han presentado alta incidencia de carcinoma.

La sintomatología muestra inicialmente debilidad, anorexia flatulencia o distensión y dolor abdominal con irradiación al dorso.

Al examen se encuentra hepatomegalia, dolor a la palpación en región hepática, hígado con superficie nodular, hay presencia de ascitis y pérdida de peso.

Entre los procedimientos diagnósticos se cuenta con: Centellografía hepática, laboratorios (fosfatasa alcalina aumentada, retensión de bromosulfontaleína), inmunoelectroforesis del suero, biopsia con aguja y laparatomía.

Las metastásis a distancia más frecuentes son: ganglios linfáticos regionales, pulmones y cerebro.

Todos los tumores malignos primarios del hígado son adenocarcinomas, existiendo dos tipos celulares principales: Los que se originan en la células hepáticas o sea los hepatocarcinomas o hepatomas, y los que se originan de los conductos biliares, los colangiomas o colangiocarcinomas.

La presentación del tumor puede ser, un nódulo solitario grande o multiples nódulos satélites alrededor de una lesión primaria grande.

El lugar más frecuentemente afectado es el lóbulo derecho. Siendo característico que los tumores primarios sobresalen o protuyen de la superficie hepática, al contrario de los nódulos del carcinoma metastásico en el cual la superficie es umbilicada.

La cirugía es el único tratamiento definitivo, siendo la lobectomía hepática total la recomendada.

La radioterapia es de poco valor, pues las lesiones no son radiosensitivas y la tolerancia del hígado es muy baja (3,000 rads dósis subcancerida).

La quimioterapia local vía arteria hepática por infusión, afecta temporalmente la regresión del tumor (metrotexate y 5 FU son los más usados).

El curso de la enfermedad es rápido si el tumor no es resecable, falleciendo la mayoría de los pacientes dentro de los primeros seis meses después de diagnosticado.

La sobrevida de los 5 años es menos del 1%, debido a que cuando se hace el diagnóstico, el tumor se ha diseminado en ámbos lóbulos.

CANCER DE VIAS BILIARES EXTRAHEPATICAS

El carcinoma de vías biliares extrahepáticas es tan raro como el del pancreas, siendo predominante en hombres entre los 60 y 70 años.

En el presente estudio el cáncer de vías biliares y vesícula es predominante en la mujer.

La etiología de este proceso es desconocida pero existe más o menos 20% de los pacientes con colelitiasis asociada.

Los síntomas son: Ictericia progresiva (según la obstrucción se vuelve completa), acompañado de prurito, dolor, pérdida de peso, vesícula palpable en 2.3 de los casos (sobre todo en neoplasias localizadas en la ampolla de Vater).

A menudo produce sintomatología temprana antes de que ocurra metástasis siendo los sitios más frecuentes de metástasis a distancia el hígado y los pulmones.

Casi todos los tumores de las vías biliares extrahepáticas son adenocarcinomas.

La cirugía es el único tratamiento que ofrece curación siendo los cánceres localizados en la región periampular los que tienen esta oportunidad.

La radioterapia y quimioterapia no han tenido buenos resultados.

Sobrevida: Para los carcinomas periampulares resecables tratados con pancreático-duodenectomía, hay una sobrevida de 5 años en un 33%.

La mayoría de pacientes ya tienen metástasis a distancia cuando se hace el diagnóstico después del cual fallecen durante el primer año.

CANCER DE LA VESICULA BILIAR

El carcinoma de la vesícula biliar ocupa el sexto lugar de los carcinomas del aparato digestivo y representa más o menos el 4% de todos los cánceres.

Es más frecuente en la mujer que en hombre, 3 a 4 veces más. La edad de mayor frecuencia es 70 años y es raro antes de los 40 años de edad.

Es encontrado aproximadamente en el 1% de pacientes operadas por colecistitis aguda clínica y se calcula que su incidencia en pacientes con cálculos oscila entre el 4 a 5%.

Del 60 al 90% de pacientes con cáncer de vesícula tienen cálculos biliares.

Anorexia, dolor abdominal vago y pérdida de peso, náusea y vómitos. Ictericia en el 60% de pacientes, se palpa la vesícula en el 50% de los pacientes, son los signos y síntomas más frecuentemente encontrados.

Muy a menudo hay infección asociada.

Entre los procedimientos diagnósticos se cuenta con: Rayos X, colecistograma, laboratorios (bilirrubinas, la elevación de la fosfatasa alcalina indica invasión del parénquima hepático).

Las metástasis a distancia son a pulmones, hueso y cápsulas suprarrenales.

De los tipos histológicos el más frecuentemente encontrado es el adenocarcinoma que está presente en el 95% de los casos. El carcinoma epidermoide o escamoso ha sido encontrado en el 5% de los casos y está siempre asociado con cálculos y metaplasia escamosa.

La única esperanza de curación es la colecistectomía y hepatectomía parcial en continuidad de la colecistectomía. Si hay metástasis a distancia, esta cirugía está contraindicada.

La radioterapia y quimioterapia no han dado ningún resultado.

Con respecto al pronóstico podemos decir que menos del 3% de los pacientes sobrevivirán por más de 5 años y el 90% morirán en el primer año en que se hizo el diagnóstico.

ESTOMAGO

No. Total de Pacientes	M	F	Biopsia	Operados
60	36(60%)	24(40%)	15	51

OPERACIONES:

Exploraciones más Biopsia	6
Gastrectomía	43
Yeyunostomía	1
Esófago-gastrectomía	1

TIPO DE CANCER:

Adenocarcinoma	55
Carcinoma indiferenciado	4
Leiomioma epiteloide	1
Primario	59
Metastático	1

PROMEDIO DE EDAD: 61.33 años

HIGADO

No. Total de Pacientes	M	F	Biopsia	Operados
46	22(47.8%)	24(52.2%)	43	26

OPERACIONES:

Exploraciones más Bipsia	23
Gastrectomía	1
Colecistoyeyunostomía	1
Colecistectomía	1

TIPO DE CANCER:

Ca. Primario	Ca. Metástatico
20	26
Estómago	8
Vesícula	9
Vías biliares	6
Pancreas	2
?	1

	Primario	Metastático
Carcinoma Hepatocelular	11	6
Carcinoma indiferenciado	2	
Tumor maligno indiferenciado	1	
Adenocarcinoma	3	18
Sarcoma de células reticulares	1	
Carcinoma epidermoide	-	1
	21	25

PROMEDIO DE EDAD: 52.71 años

VESICULA

No. Total de Pacientes	M	F	Biopsia	Operados
21	3(14.3%)	18(85.70%)	14	13

OPERACIONES:

Exploraciones más Biopsia	6
Colecistectomía	6
Coledocostomía	1

Ca. Primario = 16 Vesícula — Metástasis = 1
3 Vías biliares — Hilio hepático = 1

TIPO DE CANCER:

	Primario	Metástatico
Adenocarcinoma	16	1
Carcinoma indiferenciado	3	-
Carcinoma escamoso	1	-
	20	1

PROMEDIO DE EDAD: 59.52 años

INTESTINO GRUESO, RECTO Y ANO

No. Total de Pacientes	M	F	Biopsia	Operados
21	7 (33.3%)	14(66.6%)	8	15

OPERACIONES:

Exploración más Biopsia	2
Hemicolectomía der.	1
Hemicolectomía izq.	4
Resección abdominoperineal del recto	5
Resección de recto sigmoide	1
Resección de colon	2

TIPO DE CANCER:

	Primario	Metastástico
Adenocarcinoma	21	-
Colon	7 (33.33%)	
Recto	9 (42.85%)	
Ano	3 (14.28%)	

PROMEDIO DE EDAD: 57.23 años

ESOFAGO

No. Total de Pacientes	M	F	Biopsia	Operados
14	10(71.42%)	4(28.57%)	6	8

OPERACIONES:

Substitución de esófago y colon	3
Gastrostomía	3
Esofagogastrectomía más piloroplastía	1
Yeyunostomía	1

TIPO DE CANCER:

	Ca. Primario
Carcinoma epidermoide o escamoso	9
Adenocarcinoma	3
Carcinoma indiferenciado	2

PROMEDIO DE EDAD: 61.78 años

PANCREAS

No. Total de Pacientes	M	F	Biopsia	Operados
5	3(60%)	2(40%)	1	4

OPERACIONES:

Colecistoyeyunostomía	3
Colecistectomía	1

TIPO DE CANCER:

	Ca. Primario
Adenocarcinoma	4
Carcinoma indiferenciado	1

PROMEDIO DE EDAD: 62.2 años

INTESTINO DELGADO

No. Total de Pacientes	M	F	Biopsia	Operados
5	3(60%)	2(40%)	1	5

OPERACIONES:

Resección de yeyuno y anastomosis	1
Resección de ileon y anastomosis	1
Gastroyeyunostomía	1
Exploración y biopsia	1
Resección de ileon terminal y ciego	1

TIPO DE CANCER:

	Ca. Primario	Metastásico
Adenocarcinoma	2	1
Linfoma	1	
Leiomiosarcoma	1	

PROMEDIO DE EDAD: 53.6 años

CLASIFICACION SEGUN LOCALIZACION (CA.PRIMARIO O METASTATICO), NUMERO DE CASOS Y PORCENTAJE.

	No.de Pacientes	%	Ca.Primario	Metastático
Estómago	60	34.88	59	1
Hígado	46	26.74	20	26
Vesícula y Vías biliares	21	12.20	20	1
Intestino grueso, recto y ano	21	12.20	21	0
Esófago	14	8.13	14	0
Pancreas	5	2.90	5	0
Intestino delgado	5	2.90	4	1
	172	99.95%	143	29

DISTRIBUCION SEGUN SEXO Y PORCENTAJE

	M	%	F	%
Estómago	36	60	24	40
Hígado	22	47.8	24	52.2
Vesícula y Vías biliares	3	14.3	18	85.7
Intestino grueso, recto y ano	7	33.3	14	66.6
Esófago	10	71.4	4	28.5
Pancreas	3	60	2	40
Intestino delgado	3	60	2	40
	84	48.83%	88	51.16%

CONCLUSIONES

1.- El tumor que más frecuentemente afecta al tubo digestivo y sus grandes glándulas es el adenocarcinoma.

2.- El lugar donde es localizado más frecuentemente el cáncer del tubo digestivo es el estómago.

3.- La edad promedio de los pacientes afectados es de 55.40 años.

4.- El sexo más afectado es el femenino con el 51.16% y el menos afectado el masculino con 48.83%.

5.- En nuestro medio, es difícil obtener información a largo plazo con respecto a la evolución de los pacientes operados, para poder evaluar la sobrevida de los pacientes tratados.

****

RECOMENDACIONES

1.- Hacer ver la importancia del diagnóstico temprano, tanto al paciente, como a médicos para tratamiento más efectivo.

2.- Promover el uso rutinario de medios diagnósticos, en pacientes sospechosos de Cáncer del Aparato Digestivo.

3.- Hacer notar la frecuencia del Cáncer en el tubo digestivo en nuestro medio.

4.- Promover investigaciones con el objeto de tratar de encontrar, si no la etilogía, al menos los factores predisponentes (ambientales, dietéticos, hereditarios, etc.)

5.- Crear una clínica de tumores que tenga como finalidad el control de pacientes egresados del hospital a los que se les ha hecho diagnóstico y se les ha dado tratamiento médico y/o quirúrgico.

****

BIBLIOGRAFIA

1.- Abelov, GI: Symposium: Conference on Tumor Specific Antigens, (sponsored by The American Cancer Society) Cancer Res. 28: 1275, 1968.

2.- Ackerman, LV and del Regato, JA: Cancer, Diagnosis, Treatment and Prognosis, 3rd.edition, 1962 pps. 579-626, 645-696.

3.- Anderson Compendio de Patología Humana. Editorial Mor by Co. 1952.

4.- Boyd Pathology, Edit. Lea & Tebiger U.S.A. 1961.

5.- Brunschwing, A: The Surgery of Pancreatic Tumors., 1942

6.- Burkitt, DP: Related disease-related cause? Lancet 2 : 1229-1231, 1969.

7.- Cattell, RB and Pyrtek, LK: An appraisal of pancreat oduo denal resection, Ann. Surg.129:840-849,1949.

8.- Chapetón Méndez GA. Estadística descriptiva. 3a. edición, 1965.

9.- Christopher Patología Quirúrgica.

10- Clifton, EE, Goodner, JT, and Bronstein, EC: Preoperative irradiation for cancer of the esophagus, Cancer 13: 37-45,1960.

11- Crile, G. Jr: The advantages of bypass operations over radical pancreatoduodenectomy in the treatment of pancreatic carcinoma. Surg. Gynec.Obstet.130:1049,1970.

12- De Peyster, FA and Gilchrist RK: Pathology and manifestations of cancer of the colon and rectum, in diseases of the Colon and anorectum, Vol.1 R. Turell (ed.) Philadelphia: pp 384-409, 1959.

14- Dhar, P. Moore, T. Zamcheck, N and Kupchik, HZ: - Carcinoembryonic antigen (CEA) in colonic cancer use in preoperative and postoperative diagnosis and prognosis, - JAMA 221: 31-35, 1972.

15- El-Domeri, AA et al.: Carcinoma of extrahepatic bile ducts. Ann. Surg. 169: 5225, 1969.

16- Cluckman, JB and Turner, MD: Systemic manifestations of tumors of the small gut and liver. Ann NY Acad. Sci.

17- Goodner, JT: Surgical and radiation treatment of cancer of thoracic esophagus. Amer. J. Roentgenol. 105: 523-528, 1969.

18- Higgins, GA: Preoperative irradiation for colorectal carcinoma, in Cancer Therapy by Integrated Radiation and Operation, FB Rush and RH Greenlaw (eds) 1968.

19- Kelin, JB and Finck, FM: Primary carcinoma of the gall bladder, Ann. Surg. 104: 769, 1972.

20- Logan, A: The surgical treatment of carcinoma of the esophagus and cardias. J. Thorac. Cardiov. Surg. 46: 150-161, 1963.

21- Mayo, HW, Jr. Owens, JK, and Weinberg, M: A Critical evaluation of radical subtotal gastric resection as a definite procedure for antral gastric carcinoma. Ann. Surg. 141: 830-839, 1955.

22- Moseley, RV: Primary malignant tumors of the liver. Surg. 61: 674, 1967.

23- Robins Patología.

24- Scanlon, E.F., Morton, D.R., Walker, J.M. and Watson, W.L.: The case against segmental resection for esophageal carcinoma. Surg. Gynec. Obstet. 101: 290-296 1955.

25- Sullivan, RD: Protracted arterial infusion cancer chemotherapy with emphasis on the treatment of liver neoplasms in Cancer Chemotherapy, I Brodsky and SB Kahn(eds) New York: Grune and Stratton, 1967. P.311-318.

26- Sweet RH: Late results of surgical treatment of Carcinoma of the Esophagus. JAMA 155: 422-425, 1954.

27- Thorson, A, Biorck, G. Bjorkman, G, and Waldenstrom G: Malignant carcinoid of the small intestine with metastases to the liver. 47: 795-817, 1954.

28- Toriello de León Julio (Dr.) Tesis Marzo de 1952. Conocimientos sobre el cáncer y su control U.S.A.C.

29- Welch, CE and Wilkins, EW, Jr.: Carcinoma of the stomach Ann. Surg. 148:666-681, 1958.

30- Wynder, EL, Kmet, J. Dungal, N, and Segi, M: An epidermiolonical investigation of gastric cancer. Cancer 17: 1461-1496, 1963.

REGISTROS MEDICOS INVESTIGADOS
ESTOMAGO

REG. MED.

1.-	584-370	29-	518-261	57-	645-618
2.-	580-651	30-	477-788	58-	589-368
3.-	578-713	31-	579-331	59-	650-949
4.-	593-237	32-	592-441	60-	651-181
5.-	461218	33-	544-036		
6.-	588-708	34-	345-374		
7.-	597-782	35-	544-036		
8.-	596-546	36-	541-924		
9.-	591-062	37-	502-544		
10-	594-597	38-	539-580		
11-	541-733	39-	309-807		
12-	305-013	40-	548-844		
13-	593-237	41-	447-432		
14-	421-118	42-	207-630		
15-	605-201	43-	560-021		
16-	602-520	44-	559-682		
17-	610-555	45-	558-595		
18-	608-158	46-	336-586		
19-	609-092	47-	563-687		
20-	604-165	48-	563-863		
21-	605-713	49-	615-943		
22-	617-102	50-	619-417		
23-	617-137	51-	617-508		
24-	590-515	52-	615-475		
25-	527-319	53-	623-313		
26-	528-532	54-	623-481		
27-	527-787	55-	328-553		
28-	526-173	56-	639-866		

HIGADO

#	REG. MED.	#	REG. MED.
1.-	572-643	32-	544-207
2.-	526-830	33-	543-178
3.-	580-395	34-	523-592
4.-	576-610	35-	559-317
5.-	590-697	36-	559-643
6.-	588-416	37-	565-774
7.-	561-142	38-	565-816
8.-	548196	39-	613-328
9.-	205-072	40-	624-586
10-	605-431	41-	636-690
11-	602-985	42-	380-511
12-	605-338	43-	638-894
13-	146-073	44-	646-217
14-	590-598	45-	655-163
15-	590-308	46-	580-652
16-	609-410		
17-	603-726		
18-	605-207		
19-	614-699		
20-	614-691		
21-	229-297		
22-	528-538		
23-	539-444		
24-	526-852		
25-	260-006		
26-	526-841		
27-	282-468		
28-	533-523		
29-	526-841		
30-	529-929		
31-	548-063		

INTESTINO GRUESO, RECTO Y ANO

#	REG. MED.
1.-	562-803
2.-	577-936
3.-	528-874
4.-	530-911
5.-	529-727
6.-	127-773
7.-	127-713
8.-	537-704
9.-	536-080
10-	125-371
11-	550-820
12-	564-277
13-	620-674
14-	579-066
15-	637-207
16-	629-790
17-	620-389
18-	642-397
19-	644-746
20-	642-397
21-	655-463

VESICULA

#	REG. MED.
1.-	395-571
2.-	572-433
3.-	558-806
4.-	583-991
5.-	612-707
6.-	528-879
7.-	531-371
8.-	531-701
9.-	459-340
10-	583-037
11-	578-602
12-	196-201
13-	534-837
14-	548-472
15-	557-017
16-	263-297
17-	623-526
18-	637-780
19-	451-906
20-	650-876
21-	653-269

ESOFAGO

#	REG. MED.
1.-	568-001
2.-	572-660
3.-	435-511
4.-	522-928
5.-	534-259
6.-	447-432
7.-	558-933
8.-	566-936
9.-	556-383
10-	566-396
11-	617-508
12-	619-079
13-	624-110
14-	627-933

INTESTINO DELGADO

1.-	377-704
2.-	604-412
3.-	523-196
4.-	553-322
5.-	487-739

PANCREAS

1.-	584-499
2.-	473-850
3.-	623-963
4.-	274-259
5.-	536-605

BR. EDWIN A. BRAN GALDAMEZ

Asesor

DR. MIGUEL ANGEL MARTINI

Revisor

DR. RODOLFO SOLIS H.

Director de Fase III

DR. JULIO DE LEON

Secretario General

DR. RAUL A. CASTILLO RODAS

Vo.Bo.

Decano

DR. ROLANDO CASTILLO MONTALVO