

**INCIDENCIA DE CÁNCER GÁSTRICO EN LA ESE HOSPITAL
UNIVERSITARIO SAN JORGE DE PEREIRA, EN EL AÑO 2.003**

PRESENTADO POR:

**NATALIA RIVAS DUQUE Cód. 42150335
CAROLINA MARÍN SÁNCHEZ Cód. 42133390
LEIDY ALEXANDRA GUZMÁN POLANÍA Cód. 42152100**

ASESOR:

**DR. LUIS ALBERTO MARÍN
Cirujano vascular**

**UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE PEREIRA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ÁREA DE CIRUGÍA
PEREIRA, MAYO DE 2.004**

CONTENIDO

	Pág.
RESUMEN.....	3
INTRODUCCIÓN.....	4
MARCO TEÓRICO.....	5
MATERIALES Y MÉTODOS.....	15
RESULTADOS.....	16
DISCUSIÓN.....	17
ANEXOS.....	18
Formato de recolección de datos.....	18
Gráficas.....	19
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	23
BIBLIOGRAFÍA.....	24

RESUMEN

Objetivo. Determinar la incidencia de cáncer gástrico en la ESE Hospital Universitario San Jorge de Pereira en el año 2003 y determinar las características demográficas de su presentación.

Materiales y métodos. Se estudiaron 64 pacientes que consultaron o fueron remitidos al Hospital San Jorge de Pereira, durante el año 2003, para el diagnóstico y tratamiento de cáncer gástrico. La recolección de información se hizo por medio de un instrumento que contiene 19 variables relacionadas con edad, género, motivo de consulta, diagnóstico y tratamiento. Se analizaron los datos y se realizaron las gráficas en Excel.

Resultados. Se incluyeron 68 pacientes, 53 (81%) hombres y 15 (19%) mujeres de los cuales se excluyeron 4, donde la edad promedio de presentación es de 60 años (29.7%). Los síntomas más frecuentes fueron pérdida de peso (42%) y emesis (36%). El diagnóstico endoscópico fue Borrmann II (7.8%), III (26.5%) y IV (10.9%). El tipo histológico más común es el Adenocarcinoma difuso (32.8%). La mortalidad fue del 48.4%.

Conclusión. Observamos que es necesario insistir en las políticas de diagnóstico precoz a partir de los 30 años para cáncer gástrico en las diferentes instituciones prestadoras de servicios de salud del departamento.

INTRODUCCIÓN

La ESE Hospital Universitario San Jorge de Pereira (HUSJ), es una institución de tercer nivel que, además de su servicio asistencial, es un escenario de práctica para formación de recurso humano en salud a nivel universitario. Por ser centro de referencia de Risaralda, parte de Caldas, Quindío, Norte del Valle y Chocó, refleja la realidad del cáncer gástrico en esta región.

Hemos considerado importante conocer la incidencia de cáncer gástrico en el HUSJ debido a que es la primera causa de muerte por cáncer en Colombia¹. Decidimos, pues, realizar un estudio que describa las tasas de incidencia, los síntomas iniciales, el método diagnóstico utilizado, el tipo histológico mas frecuente, la edad de presentación, el tratamiento y las tasa de mortalidad de los pacientes del hospital San Jorge de Pereira; buscando ilustrar al personal de salud sobre la realidad del cáncer gástrico en la región y crear conciencia de que la patología debe sospecharse y estudiarse en todos los pacientes que presenten síntomas y antecedentes de enfermedad ácido péptica.

Para la comunidad es importante este trabajo porque, basados en los resultados, se pueden proponer campañas de promoción y prevención de la patología en los centros de salud de la región, que van a permitir hacer diagnósticos más precoces, y de este modo, ofrecer alternativas terapéuticas con mejores resultados y mayor tasa de supervivencia.

MARCO TEÓRICO

DEFINICIÓN

El cáncer gástrico es una enfermedad maligna, con un crecimiento descontrolado y una función anormal de las células, que produce una serie de fenómenos adversos en el huésped a través de un crecimiento masivo, invasión de tejidos vecinos y metástasis y que se desarrolla sobre el epitelio glandular de revestimiento del estómago.

EPIDEMIOLOGÍA

Esta enfermedad es de alta prevalencia a nivel mundial, llega a ser la segunda en áreas de alta incidencia como Japón, Europa del Este y en Suramérica especialmente en Costa Rica, Chile y Colombia² donde las estadísticas cada vez son más altas, posiblemente porque los métodos de diagnóstico están más a nuestro alcance.

En Colombia, es la principal causa de muerte por cáncer, anualmente ocasiona 5200 muertes, de las cuales 3000 ocurren en hombres, es la novena causa de muerte en el país, la sexta en hombres y la séptima en mujeres.¹ Sin embargo, Colombia no es una zona de alta mortalidad por cáncer gástrico, debido a las diferencias de tasas por regiones, donde existen zonas de baja mortalidad (Costa Atlántica) y otras de alta mortalidad (Área Central Andina) donde se encuentran cifras como 30 a 50 casos por cada 100.000 habitantes, esto es 1 de cada 2000 personas². Las tasas varían entre regiones hasta 6 veces, lo cual muestra la disparidad de riesgo de morir por esta patología en Colombia. El cáncer gástrico ocasiona 54.700 años de vida saludable perdidos por enfermedad neoplásica y el 1% del total anual.³

En Pereira, según datos obtenidos por el Instituto Municipal de Salud de Pereira, en el año 2001, se registraron un total de 430 muertes por cáncer, de las cuales 57 fueron consecuencia de cáncer gástrico, es la segunda causa de muerte por cáncer después del cáncer de bronquio y pulmón, que ocasionó 70 muertes.¹³

ETIOPATOGENIA

LESIONES Y CONDICIONES PRECURSORAS DE CANCER GÁSTRICO
Se conocen como lesiones precursoras las alteraciones histológicas asociadas con mayor riesgo de cáncer, y como condiciones precursoras a aquellos factores que crean un ambiente “favorable” para la génesis del cancer.¹

LESIONES PRECURSORAS: Dentro de las lesiones precursoras se encuentran la gastritis crónica atrófica, metaplasia intestinal, los adenomas gástricos y la enfermedad de Menetrier.

CONDICIONES PRECURSORAS: Las condiciones precursoras de cáncer gástrico son la infección por *Helicobacter pylori*, anemia perniciosa (no es un factor universal), antecedentes de gastrectomía parcial (no es un factor universal) y antecedentes de ulcera péptica gástrica.

Desde 1984, se ha implicado la infección por *Helicobacter pylori* (Hp) con cáncer gástrico, “el Hp, de alta prevalencia en las poblaciones rurales y en las clases socioeconómicas menos favorecidas, parece ejercer una actividad citotóxica, que altera la capacidad protectora de la mucosa del estómago frente a los compuestos N-nitroso, sal y otros irritantes, lo cual favorece el desarrollo de gastritis crónica atrófica que, debido al aumento del pH, facilita la proliferación bacteriana. Esto a su vez, ayudaría a la transformación de las aminas secundarias de alimentos cultivados en terrenos con bajo nivel de molibdeno y selenio, hacia nitrosaminas, las cuales al ser absorbidas por la mucosa, permiten la transformación del epitelio en metaplasia intestinal completa (semejante al epitelio del intestino delgado) o incompleta (semejante al epitelio del intestino grueso), este epitelio puede transformarse en displasia, con la capacidad de desarrollar un carcinoma”.¹

Existe una relación estrecha entre el riesgo de cáncer de estómago y el nivel socioeconómico, porque el riesgo es mayor en las clases de más bajo nivel socioeconómico, especialmente cuando las dietas son deficientes en proteínas y vitaminas (betacarotenos, vitaminas C y E) con consumo insuficiente de frutas y vegetales frescos, o cuando son de alto contenido de sal, nitrosaminas y carbohidratos complejos.¹

Se ha encontrado un riesgo 2 a 3 veces mayor de desarrollar cáncer en familiares de primer grado de pacientes con carcinoma gástrico¹, debido a esto se hace fundamental el estudio y seguimiento a los familiares cercanos de pacientes afectados o que hayan fallecido por cáncer de origen gastrointestinal.

Pelayo Correa, un investigador colombiano especializado en cáncer gástrico, ha propuesto una hipótesis etiopatogénica que se basa en las lesiones histopatológicas que preceden la aparición del cáncer y que siguen la siguiente secuencia: gastritis crónica atrófica (pérdida de las glándulas), metaplasia intestinal, displasia y carcinoma. Con el descubrimiento del Hp en 1984, se integró de forma coherente a la hipótesis como disparador del proceso, por ser la causa mas frecuente de la gastritis atrófica (aproximadamente el 90%).⁷

TIPOS DE CÁNCER GÁSTRICO

El cáncer gástrico y del intestino en general incluye múltiples subtipos como el adenocarcinoma, aproximadamente 90%, el linfoma no Hodgkin, el leiomioma, el tumor carcinoide, y los cánceres metastáticos, representan el 10%. El cáncer gástrico del tipo ADENOCARCINOMA es el mas frecuente, se divide histológicamente en dos tipos con diferentes características biológicas.

El de tipo **intestinal** (o diferenciado), que se caracteriza por la formación de glándulas, muy similar al cáncer de colon, y el de tipo **difuso** (o indiferenciado), carente de formaciones glandulares. El tipo intestinal es más común en hombres, en grupos de mayor edad y es el más frecuente en las zonas de mayor incidencia, es conocido como epidémico, surge de áreas precursoras de malignidad como la gastritis atrófica o la metaplasia intestinal.

En cambio, el carcinoma difuso es más frecuente en jóvenes y con una relación igual hombre/mujer es más común en regiones de baja incidencia y es conocido como endémico, no surge típicamente de lesiones precursoras de malignidad y tiene una mayor ocurrencia familiar (grupo sanguíneo A), lo cual sugiere una predisposición genética.

LOCALIZACIÓN

Las lesiones tumorales del estómago se ubican: en el estómago distal: 40%, proximal: 35%, en el cuerpo gástrico: 25%.⁹

CLASIFICACIÓN

CÁNCER GÁSTRICO TEMPRANO

El cáncer gástrico temprano (CGT), cáncer gástrico precoz (CGP), o cáncer gástrico incipiente (CGI) es el tumor confinado a la mucosa y/o submucosa, independiente de su extensión y del compromiso glandular.¹ El CGT se clasifica según la Japanese Research Society for Gastric Cancer en: Tipo I, tipo II que puede ser: a) elevado, b) plano y c) deprimido y tipo III.

Con frecuencia el CGT es de tipo mixto, combinando los tipos anteriores en la misma lesión. Histológicamente pueden ser de tipo intestinal o de tipo difuso. Aquellos tumores incipientes que tienen mayor riesgo de generar metástasis ganglionares, son los de mayor tamaño los que comprometen la submucosa, los ulcerados o con patrón deprimido y los indiferenciados.

CÁNCER GÁSTRICO AVANZADO:

El cáncer gástrico avanzado (CGA) denota que el tumor ha penetrado la muscular propia y típicamente está asociada a enfermedad contigua o distante⁴, desde el punto de vista macroscópico, los cánceres avanzados se clasifican según Borrmann (1926) así : 1) Polipoide, 2) ulcerado circunscrito, 3) ulcerado infiltrante, 4) infiltración difusa o linitis plástica y 5) no clasificable.

CLASIFICACION HISTOLÓGICA:

Histológicamente, el cáncer gástrico se clasifica según la organización mundial de la salud, así (WHO 1990):

- 1) Adenocarcinoma in situ / displasia severa.
- 2) Adenocarcinoma: a) papilar, b) tubular, c) mucinoso y d) de células en anillo de sello.
- 3) Carcinoma adenoescamoso.
- 4) Carcinoma escamocelular.
- 5) Carcinoma de células pequeñas (siempre es grado IV).
- 6) Carcinoma indiferenciado (siempre es grado IV).
- 7) Otros.
- 8) Tumores endocrinos (apudomas, carcinoides).
- 9) Tumores malignos no epiteliales (Leiomiomas, sarcoma de Kaposi).

10) Linfomas.

NOTA: Según el grado de diferenciación se clasifican en:

- a. Grado I: Bien diferenciado.
- b. Grado II: Moderadamente diferenciado.
- c. Grado III: Pobremente diferenciado.

CLÍNICA

Los signos y síntomas de esta enfermedad dependen del compromiso en profundidad de las capas del estómago y de su localización. En los casos de CGT los síntomas tienden a ser muy leves e inespecíficos, estos pueden ser: Dispepsia, epigastralgia leve o pirosis y pasan frecuentemente inadvertidos. Una vez que el paciente busca ayuda médica, los síntomas son manejados en su gran mayoría empíricamente y sin un diagnóstico endoscópico. De este modo la lesión progresa sin ningún diagnóstico y sin un tratamiento definitivo. Según algunos autores, entre 50 y 80% de los pacientes con CGT presentan algún síntoma desde los estadios iniciales.¹ En cambio, el cáncer avanzado produce síntomas más evidentes, que obligan un estudio más juicioso del paciente, como por ejemplo: Epigastralgia, hiporexia, pérdida de peso, náuseas, vómito, hematemesis o melenas, deterioro del estado general y disfagia cuando el tumor está localizado en la región cardial.

Es en este estado cuando generalmente se hace el diagnóstico y la posibilidad de un tratamiento curativo disminuye a tal grado, que se debe optar por un tratamiento paliativo, con tasas de supervivencia a cinco años muy bajas, lo que ensombrece terriblemente el pronóstico.

Existen además, signos indicativos de enfermedad incurable, lo que contraindica la cirugía y pronostican un corto período de vida, entre ellos tenemos: Ganglio de Virchow, signo de Blummer, ascitis, caquexia extrema, signo de la Enfermera Mary Joseph y hepatomegalia nodular.

Esto nos obliga a sospechar la patología e iniciar un estudio exhaustivo, cuando los síntomas son inespecíficos pero hay varios factores de riesgo presentes, en lugar de esperar a que los síntomas más indicativos aparezcan.

Esto no se hace juiciosamente en muchas partes del mundo, y se recurre a tratamientos empíricos con antiácidos y otros medicamentos por tiempos prolongados dejando avanzar una entidad tratable y CURABLE a una invasiva INCURABLE.

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico y estadificación del cáncer gástrico se hace por diversos métodos, entre ellos se encuentran: clínicos, endoscópicos, imagenológicos y quirúrgicos.

Evaluación clínica: Permite detectar tan sólo los signos de enfermedad avanzada e inoperabilidad antes mencionados y, desde el punto de vista nutricional, efectuar una valoración global subjetiva.

Endoscopia: La esofagogastroduodenoscopia permite visualizar áreas sospechosas y determinar si se trata de una lesión avanzada o temprana (T). Las biopsias, practicadas de rutina durante el procedimiento endoscópico, confirman la presencia de carcinoma y permiten determinar su tipo histológico. La endoscopia también permite la evaluación de la extensión al duodeno o al esófago, lo cual ayuda a definir el tipo de procedimiento operatorio a realizar.

Cromoendoscopia: Consiste en el uso de componentes químicos como tinción o agentes de contraste, para resaltar sutiles cambios en la superficie mucosa o en el epitelio gastrointestinal anormal.⁵

Ayudan a mejorar el reconocimiento de lesiones, que durante la endoscopia serían difícilmente perceptibles, mejorando el sitio de la toma de biopsia, aumentando las posibilidades de un diagnóstico histológico más acertado. Aún no se cuenta con una sustancia efectiva que tiña el adenocarcinoma gástrico.

Imagenología: La radiografía del tracto digestivo superior con doble contraste y compresión permite clasificar la lesión, según sea temprana o avanzada, y definir con exactitud la extensión de la lesión y la infiltración a esófago o duodeno. Es un método de alto rendimiento en todo tipo de lesiones parietales, constituye un complemento a la endoscopia y es utilizado como una valoración más adecuada en los tumores gástricos.⁶

El estudio toma en cuenta:

- Defectos de llenamiento e irregularidad de la mucosa en el sitio de la lesión.
- Un nicho ulceroso grande de forma irregular, doble halo, rodete de contorno irregular y fondo ulceroso desnivelado.
- Alteraciones de los pliegues característicos de malignidad, engrosamiento, interposición y fusión.

El método de doble contraste es más efectivo para detectar lesiones de tipo deprimido, mientras que el método de compresión es útil para las lesiones de tipo elevado.

Tomografía Axial Computarizada (TAC): Es de valor en la estadificación, pero no puede ser utilizada como único criterio para definir la operabilidad del paciente. Su mayor aplicación reside en la detección de metástasis hepáticas, compromiso ganglionar e infiltración del tumor a órganos vecinos.

La TAC o la resonancia magnética son útiles para el estudio preoperatorio de los pacientes con cáncer gástrico. En aquellas circunstancias en las que no se cuenta con este recurso, la ecografía resulta útil, especialmente para la detección de metástasis hepáticas.⁶

Ultrasonografía endoscópica (USE): Es el estudio de mayor precisión para evaluar la penetración a la pared gástrica (T), para detectar el compromiso

ganglionar perigástrico y efectuar una estadificación más exacta y un adecuado manejo endoscópico de las lesiones tempranas.⁶

Métodos quirúrgicos:

Laparoscopia: Es de alta sensibilidad en la evaluación de diseminación peritoneal, la cual no puede ser detectada por los métodos imagenológicos mencionados. Además, permite la toma de muestras de líquido ascítico y la realización de lavado peritoneal para estudio citológico, el cual es de alto valor pronóstico. También es útil para detectar metástasis hepáticas y para establecer el grado de invasión local a estructuras adyacentes como el lóbulo izquierdo del hígado, el ligamento hepatoduodenal, el mesocolon, el hiato diafragmático, el bazo o el páncreas, cuando se explora la transcavidad de los epiplones.¹

Laparotomía: Los estudios antes mencionados permiten un diagnóstico preciso en algunos casos, pero en otros tan solo permiten una aproximación del estado real de la enfermedad, por lo cual la laparotomía sigue siendo útil en la estadificación y la definición del tratamiento.

Pruebas de laboratorio:

- **Cuadro hemático:** un cuadro hemático con evidencia de anemia por deficiencia de hierro en un paciente sintomático nos puede guiar en la sospecha de patologías gástricas, que pueden ser precursoras o indicadoras de CG.
- **Medición del pepsinógeno II y la relación pepsinógeno I/II:** puede ser de utilidad para la detección de algunos pacientes con CG en poblaciones jóvenes.
- **Péptido caderina E:** Es una de las proteínas del citoesqueleto, se encuentra especialmente elevada en pacientes con CG. Sus niveles altos se correlacionan con estadios mas avanzados de la enfermedad.
- **Marcadores tumorales:** Antígeno carcinoembrionario, CA 19-9, CA 50, CA 72-4, entre otros.⁸

ESTADIFICACIÓN

La estadificación TNM de la Unión Internacional Contra el Cáncer (UICC 1998) considera cuatro grandes regiones anatómicas: 1)Cardias, 2)fondo, 3)cuerpo y 4) antro y píloro.

Según la UICC (1998) el tumor primario se clasifica de acuerdo al grado de penetración de la pared (T), el compromiso de los ganglios linfáticos (N) y la presencia de Metástasis (M), para la estadificación exacta remitimos al lector a las Guías del Instituto Nacional de Cancerología.

PRONÓSTICO

La sobrevida de un paciente afectado por esta enfermedad es variable, dependiendo del momento en que se hace el diagnóstico. Se tienen datos de

otras latitudes donde se describen sobrevidas hasta del 95% a los 5 años en pacientes a los que se les detectan tumores superficiales y son llevados a cirugía con resección total del tumor, no así en aquellos en los que la detección es tardía y ya tienen metástasis a distancia, en los que la sobrevida al año es del 20 % o menos a pesar de tratamiento quirúrgico y radio o quimioterapia.²

Las tasas de supervivencia a 5 años después de la resección de un cáncer gástrico temprano varían entre 70 y 95%, dependiendo de si existen metástasis a los ganglios linfáticos.

FACTORES PREDICTORES DE PRONÓSTICO

Estudios anteriores utilizando tres graves signos pronósticos, afectación de la serosa, ganglionar y presencia de tumor en el margen de resección, han mostrado que, si ninguno de estos signos está presente, la tasa de supervivencia a 5 años es del 60%, y si todos están presentes, es menor del 5%.

1. Estadío: El estadío, la invasión y la afectación de los ganglios, son los factores pronósticos más importantes. El principal determinante pronóstico parece ser el número de ganglios positivos.
2. Clasificación clínica: La supervivencia es mejor en el tipo superficial que en el focal, y peor en los tipos infiltrantes.
3. Clasificación de la sociedad Japonesa de endoscopia: La supervivencia es mejor en el tipo II que en el tipo III y la peor es en el tipo I.
4. Grado: Los tumores con alto grado histológico son los de peor pronóstico.
5. Naturaleza y extensión de la resección: La supervivencia es mejor con la resección curativa frente a la paliativa, con la gastrectomía distal frente a la proximal y con la gastrectomía subtotal frente a la total.⁹

Estado Nutricional del Paciente: El cáncer constituye una situación de alta demanda energética, debido a la replicación celular no limitada. Las células tumorales entran a competir por los sustratos que entran al organismo con las células normales. La prevalencia de pérdida de peso y desnutrición ha sido reportada entre el 9 y hasta el 80%.

Los tumores malignos no solo producen efectos negativos sobre el estado nutricional del paciente por su demanda metabólica sino que también la localización de los mismos interfiere con el proceso normal de nutrición al ofrecer barreras mecánicas para el adecuado paso del alimento y su digestión.

No existe evidencia que sustente el estado nutricional como factor pronóstico individual en la sobrevida de los pacientes con cáncer gástrico, por lo cual no se recomienda instaurar soporte metabólico en los pacientes, con la intención de mejorar la sobrevida a largo plazo.¹⁰

TRATAMIENTO ENDOSCOPICO

El tratamiento tradicional es la resección quirúrgica, no obstante, en lesiones limitadas a la submucosa, cáncer gástrico temprano, enfermedad metastásica o

en pacientes no candidatos a cirugía, la endoscopia es una alternativa válida de tratamiento curativa en el primer caso y paliativa en los dos segundos.⁹

La resección endoscópica de la mucosa (REM) es la técnica preferida, pues permite recuperar la pieza quirúrgica para su análisis anatomopatológico, pero no debe usarse en cáncer pobremente diferenciado o difuso.¹¹

Las indicaciones para la REM en CGT son:

1. Cáncer gástrico temprano bien diferenciado.
2. Cáncer gástrico limitado a la mucosa.
3. Cáncer gástrico que se extiende a la submucosa solo hasta su tercio superior.
4. Si la lesión es tipo I o IIa debe ser menor de 20 mm.
5. Si la lesión es tipo IIb o IIc, debe ser menor de 10 mm.
6. Pacientes con displasia de alto grado.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

La cirugía es la única alternativa que ha demostrado efectividad en el tratamiento del adenocarcinoma gástrico.

Los candidatos a tratamiento quirúrgico deben ser sometidos a valoración del estado nutricional. En los casos de desnutrición severa está indicado un vigoroso régimen de reposición nutricional preoperatoria, previa determinación de la operabilidad del paciente.

El propósito del tratamiento quirúrgico del cáncer gástrico es curar al paciente y está basado en la práctica de gastrectomía radical, total o subtotal.

En casos de sangrado, perforación u obstrucción, está indicado practicar gastrectomías subtotales como medida paliativa. En casos excepcionales, puede estar indicado practicar una gastrectomía total paliativa.

En estos pacientes se debe practicar, en forma ideal, laparoscopia previa al inicio del soporte nutricional para descartar signos de inoperabilidad y evitar gastos innecesarios¹.

Cirugía curativa

El tratamiento de elección en el cáncer gástrico es la gastrectomía subtotal, con unos márgenes adecuados de estómago microscópicamente no afectado (3-4 cm), se acompaña de resección de los ganglios linfáticos regionales y esta considerada como el único tratamiento potencialmente curativo para pacientes con cáncer de estómago.

La gastrectomía total no es superior a la subtotal para conseguir la curación, y debe realizarse solo cuando esté indicada por la extensión local del tumor, la disección linfática más extensa, D2, la omentectomía y la esplenectomía no son aconsejables.⁹

La gastrectomía total y subtotal pueden ser realizadas de forma segura en pacientes con tumores tipo adenocarcinoma en la región antral, siempre y cuando el margen proximal cumpla con las reglas establecidas. Ambos procedimientos tienen una probabilidad de supervivencia similar. La gastrectomía subtotal está asociada a mejor estado nutricional y mejor calidad de vida. La

total es técnicamente más demandante y se asocia más frecuentemente a esplenectomía, lo cual tiene efectos adversos en relación a complicaciones e infecciones.¹²

Cirugía paliativa

Se denomina así, cuando existe enfermedad residual. Las resecciones paliativas consiguen aliviar los síntomas en el 50% de los casos⁹.

En tumores cardiales y fúndicos es preferible practicar gastrectomías totales, independientemente del tamaño tumoral.

Clasificación postoperatoria

Después de la cirugía, los pacientes se clasifican en las siguientes categorías:

Tipo I: Cáncer gástrico temprano o in situ (Tis).

Tipo II: Cáncer gástrico resecado totalmente.

Tipo III: Cáncer gástrico resecado, pero con evidencia de enfermedad residual (cirugía paliativa).

Tipo IV: Cáncer gástrico localmente avanzado e irresecable.

Tipo V: Cáncer gástrico metastático.¹

QUIMIOTERAPIA

Entre los carcinomas del tracto gastrointestinal, de reconocida poca sensibilidad a quimioterapia, el carcinoma gástrico es el más sensible a la mono y poliquimioterapia.

A pesar de esto, los resultados han sido poco satisfactorios. Sólo unos pocos trabajos han demostrado algún beneficio en cuanto a supervivencia o paliación.

La quimioterapia neoadyuvante, aplicada en pacientes clasificados clínicamente como carcinomas localmente avanzados ha permitido, que hasta un 50% de los casos se convierta en tumores quirúrgicamente resecables, y de éstos, un 20% logra supervivencia prolongada.¹

RADIOTERAPIA

La radioterapia no es eficaz como modalidad terapéutica primaria, y sólo se utiliza como terapia coadyuvante en casos con indicaciones precisas, de acuerdo con los hallazgos operatorios. Se realiza 2 a 4 semanas luego de la resección, si se dejó tumor residual macroscópico o los bordes de sección resultaron histológicamente positivos, siempre y cuando existan factores técnicos o inherentes al paciente que no permitan reintervenirlo prontamente para ampliar dichos márgenes.

Radioterapia intraoperatoria

Es eficaz en el control de la enfermedad local y parece ser una modalidad promisoriosa, en combinación con irradiación externa y quimioterapia, pero de por sí no ha logrado mejorar las tasas de supervivencia.¹

TRATAMIENTO PALIATIVO

El cuidado paliativo en cáncer, tiene como propósito proveer apoyo y cuidado a las personas en las últimas fases de su enfermedad de modo que puedan

vivirlas tan plena y confortablemente como sea posible. También brinda apoyo a la familia y al equipo de salud.

Dentro de los objetivos se encuentran:

- 1- Incrementar al máximo el potencial de cada paciente en forma individual y dentro de su grupo familiar.
- 2- Estimular la mejoría y la armonía en las relaciones del paciente.
- 3- Incrementar la comunicación
- 4- Control del dolor y de los síntomas que acompañan al paciente.
- 5- Soporte familiar.

SEGUIMIENTO

El seguimiento de los pacientes debe continuarse hasta que la supervivencia sea equiparable a la de los sujetos controles de la misma edad. En términos generales, se requiere un período de seguimiento de aproximadamente 8 años después del tratamiento quirúrgico. Alrededor de 80% de las muertes ocurre durante los tres primeros años, después de los cuales el riesgo de recaída se reduce gradualmente.

Para el seguimiento de los pacientes con cáncer gástrico, se debe tener en cuenta si se trata de carcinomas tempranos, intermedios o avanzados.

Los pacientes con tumores tempranos sometidos a resección endoscópica, deben seguirse con una endoscopia un mes después y luego cada tres meses durante el primer año, tomando biopsia de la cicatriz de la resección.

Si el tratamiento inicial fue una gastrectomía, se sigue el primer año una endoscopia cada 6 meses; a partir del primer año se realiza una endoscopia anual durante los primeros 5 años y luego cada dos años hasta los 10 años. No se justifica la toma de ecografía o TAC como rutina.

En aquellos pacientes con tumores T2, el control debe efectuarse en consulta dos veces al año durante los primeros 3 años, una vez al año hasta los 5 años y luego cada dos años hasta los 10 años. Obviamente, la aparición de síntomas o signos sugestivos de recidiva debe ser un determinante para solicitar los exámenes pertinentes.

Los tumores avanzados (T3 y T4) deben ser seguidos en consulta médica cada 3 meses, durante el primer año. Aquellos pacientes que sobrevivan más allá del primer año se deben controlar cada 6 meses, durante 5 a 8 años. La aparición de signos y/o síntomas definen la necesidad de estudios complementarios.¹

MATERIALES Y MÉTODOS

Esta investigación es de tipo descriptivo. Se describirá la magnitud de este fenómeno, pero no se va a explicar la relación existente entre las variables. La población objeto de este estudio, son los pacientes que consultaron o fueron remitidos al Hospital San Jorge de Pereira (HUSJ), durante el año 2003, para el diagnóstico y tratamiento de cáncer gástrico. Para la recolección de la información utilizamos las historias clínicas, que han sido proporcionadas por la institución para tal fin, se utilizará un instrumento diseñado por nosotras, para obtener únicamente la información pertinente. (Anexo 1).

RESULTADOS

- El Hospital Universitario San Jorge de Pereira en el servicio de quirúrgicas, atendió en el año 2003 a 3442 pacientes, de los cuales 68 egresaron con diagnóstico de cáncer gástrico, 53 hombres y 15 mujeres; es la décima causa de morbilidad por egresos de este servicio, 1.97% de todos los egresos del año. En cuanto a la mortalidad por egresos del departamento de cirugía, el cáncer gástrico ocupa el primer lugar con 9 pacientes, 5 hombres y 4 mujeres
- De los 68 pacientes que ingresaron, 4 pacientes fueron excluidos del estudio, debido a que el diagnóstico de egreso no correspondía a cáncer gástrico y porque la información anotada en la historia clínica era incompleta, por lo tanto, la muestra fue de 64 pacientes, mujeres 19% (12) y hombres 81% (52). (Gráfica 1)
- La edad promedio de la muestra fue 60 años, la mayor parte del grupo se encuentra entre los 66 y 75 años (29.7%), mientras que entre los 86 y 95 años se encuentran 3.1% de los pacientes (2), el porcentaje fue similar entre los 35 y 65 años (16%). (Gráfica 2).
- Según la distribución geográfica, el mayor porcentaje de pacientes son de Pereira con 48.4% (31), mientras que el 51.6% son procedentes de otros municipios de la región. (Gráfica 3).
- La presentación de los síntomas fue la siguiente: pérdida de peso 42%, emesis 36%, dolor abdominal 33%, astenia y melenas 22%, anorexia y hematemesis 18%, entre otros. (Gráfica 4).
- De los 64 pacientes, sólo el 53.1% (19) tuvieron la clasificación Borrmann a la endoscopia, de los cuales el 26.5% (17) se encontraban en Borrmann III, 10.9% (7) Borrmann IV, 7.8% (5) Borrmann II. (Gráfica 5)
- En cuanto a la biopsia, el 95.3% (61) recibieron clasificación histológica por medio de biopsia, al 4.7% restante se le realizó el procedimiento pero el reporte no se encontró. La ubicación de los tumores en el estómago fue la siguiente: Antropilórica 39% (25), mucosa gástrica no especificada 26.5% (17) y el 65.5% restantes se distribuyen en las diferentes regiones gástricas. (grafico 5). La clasificación histológica de los tumores fue: Adenocarcinoma 75% (48), que se distribuye de la siguiente manera: difuso 32.8% (21), intestinal 25% (16) y no especificado 17.1% (11), metaplasia intestinal 6.25% (9), carcinoma estromal 1.56% (1) y sin reporte 14.06% (9). (Gráficas 6 y 7).
- En cuanto a la intervención de los pacientes, 57.8% (37) fueron sometidos a cirugía, y los procedimientos realizados fueron: gastrectomía subtotal 59.4% (22), total 10.8% (4), laparotomía exploradora 18.9% (7), tumor irresecable 2.7% (1) y otros 8.1% (2). 23.4% (15) de los pacientes recibieron tratamiento médico de los cuales el 4.68% recibieron radioterapia, 10.9% quimioterapia y tratamiento paliativo 7.8%. El 25% de los pacientes firmaron salida voluntaria sin ningún tipo de tratamiento. (Gráficas 8 y 9)
- La mortalidad de los pacientes fue de el 48.4%. (Gráfica 10).

Gráficas Anexo 2 (Pág.19)

DISCUSIÓN

Basados en los estudios realizados por otros autores y en los resultados nuestros, podemos observar que el cáncer gástrico es una patología neoplásica frecuente en el departamento, con altas tasas de mortalidad a un año, especialmente en la ciudad de Pereira (48.4%), debido al estado avanzado de los pacientes al momento del diagnóstico, Borrmann III y IV en el estudio endoscópico (26.5 y 10.9% respectivamente).

Los síntomas más comunes de estos pacientes, son desencadenados por complicaciones sobre el tracto gastrointestinal, como dolor abdominal y emesis, secundarias a un excesivo crecimiento de la masa tumoral.

Se encontró una alta incidencia de cáncer gástrico en la población masculina (81%) sobre la población femenina (19%), con predominio entre la quinta y sexta década de la vida y con una disminución progresiva hacia la séptima década. Es importante anotar, que en estudios nacionales y en nuestra observación hemos encontrado que se está presentando un aumento a partir de los 35 años, al contrario de las recomendaciones internacionales que muestran una aparición a partir de los 45 años, lo que indica que es necesario hacer campañas y educación de los pacientes desde los 30 años de edad.

Para el diagnóstico de estos pacientes, el primer método utilizado fue la endoscopia de vías digestivas altas, que tiene una alta especificidad y sensibilidad para cáncer gástrico, además tiene la ventaja sobre otros estudios porque permite la toma de muestras para biopsias, y de este modo hacer la clasificación histológica de la lesión. En nuestro medio, encontramos que el tipo histológico más frecuente fue el adenocarcinoma de tipo difuso, contradiciendo las estadísticas de la literatura, donde afirman que el tipo intestinal es el más frecuente dependiendo de las características demográficas de la población (hombres, pacientes mayores).

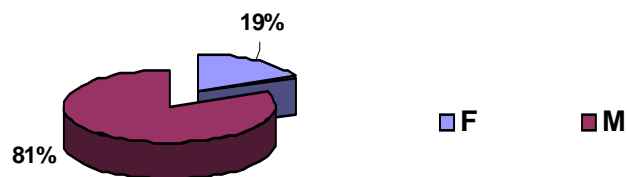
Para el manejo de los pacientes, el tratamiento de elección fue la cirugía (57.8%) y la técnica quirúrgica más utilizada fue la gastrectomía subtotal, que está asociada con menor morbilidad y con menores tasas de complicaciones, el uso de quimioterapia y radioterapia es poco y no se encontró mejoría en el pronóstico de los pacientes sometidos. Encontramos un porcentaje muy elevado (25%) de pacientes que deciden no recibir tratamiento luego del diagnóstico y de la educación sobre la patología de poseen. Para algunos pacientes el tratamiento adecuado es el paliativo, por esta razón, es muy importante la implantación de un programa de cuidado paliativo en estas instituciones.

ANEXOS

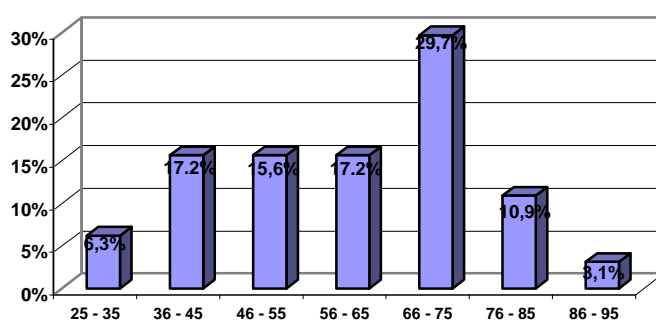
1) Formato de recolección de datos

- EAD
- No. HISTORIA CLÍNICA
- GÉNERO: M ____ F ____
- LUGAR DE RESIDENCIA
- MOTIVO DE CONSULTA
- ENFERMEDAD ACTUAL
- PARACLÍNICOS:
 - Endoscopia de vías digestivas altas
 - Cuadro hemático
 - Rayos x de vías digestivas altas
 - Ecografía abdominal
 - Otros
- BIOPSIA:
 - Si ____ No ____
 - Fecha
 - Sitio
 - Tipo de carcinoma
 - Clasificación
- TRATAMIENTO:
 - Médico
 - Radioterapia
 - Quimioterapia
- CIRUGÍA
 - Si ____ No ____
 - Fecha
 - Tipo
- COMPLICACIONES RELACIONADAS CON LA CIRUGÍA
 - Si ____ No ____
 - ¿Cuál?
- MORTALIDAD
 - Si ____ No ____ FECHA CAUSA

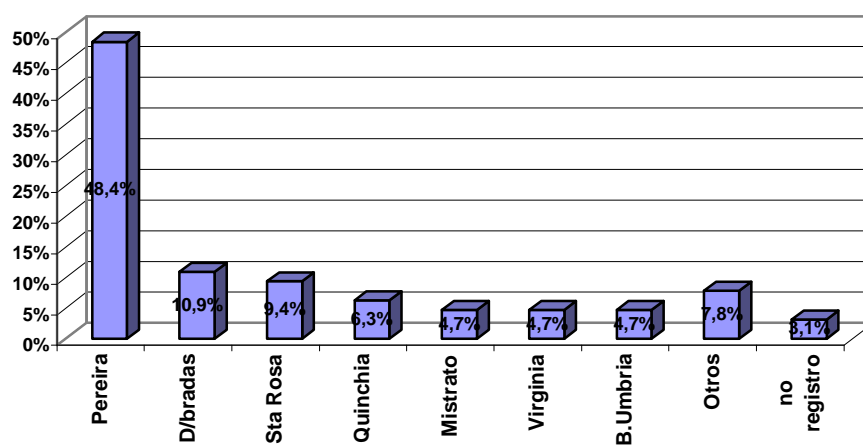
2) GRÁFICAS :



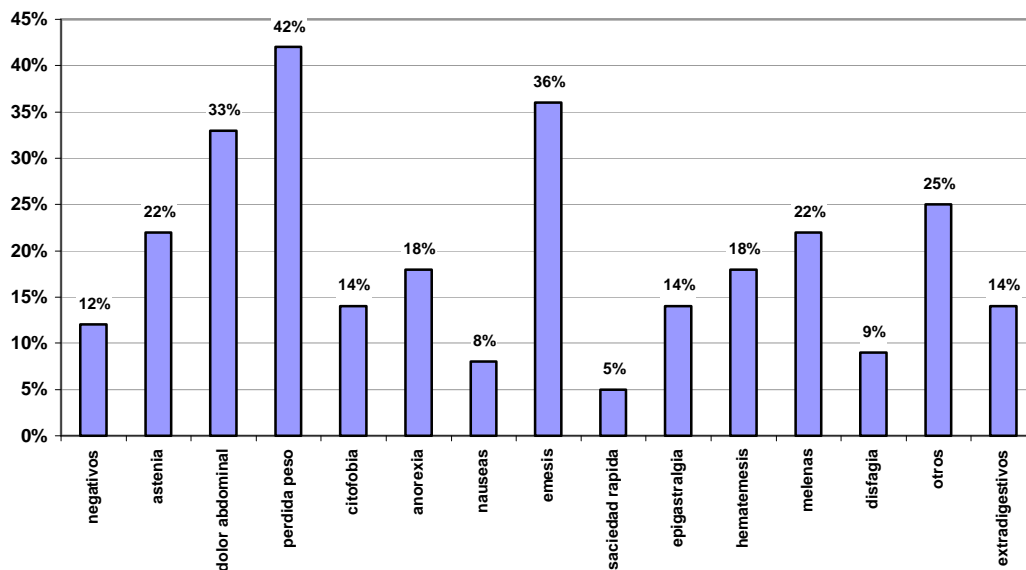
**Gráfica 1. Distribución de la muestra poblacional de CA Gástrico.
H U S. J. Pereira, Año 2003**



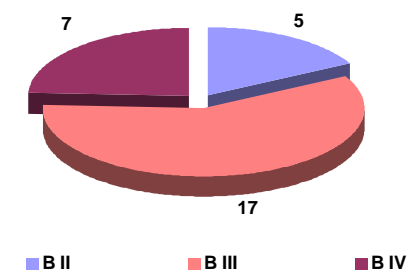
Gráfica 2. Prevalencia del CA Gástrico en el H. U. S. J. de acuerdo a la Edad. Pereira, Año 2003.



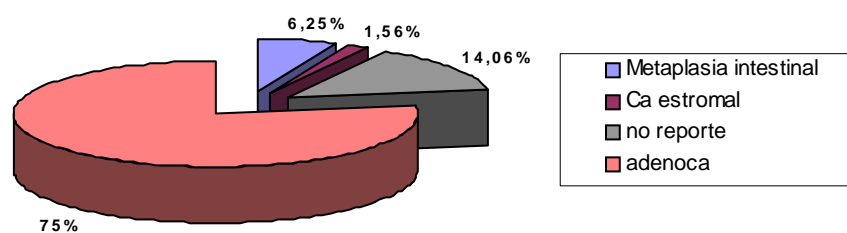
Gráfica 3. Distribución de la muestra poblacional de CA Gástrico, en el H. U. S. J. de acuerdo a la procedencia. Pereira, Año 2003



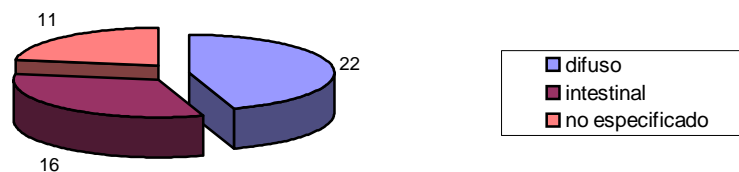
Gráfica 4. Síntomas Presentes en CA Gástrico. H. U. S. J. Pereira, 2003



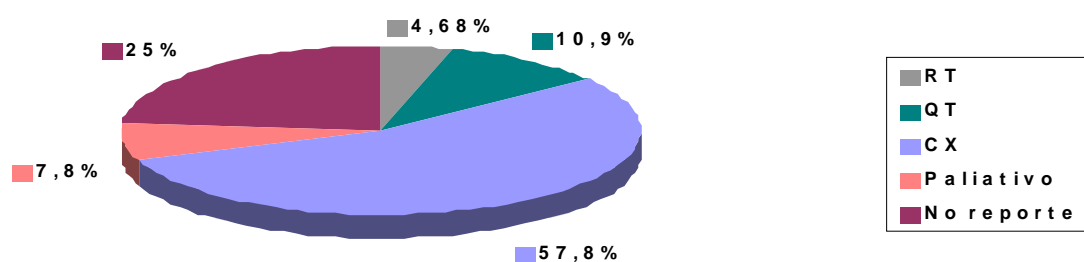
Gráfica 5. Clasificación Endoscópica de Borrmann



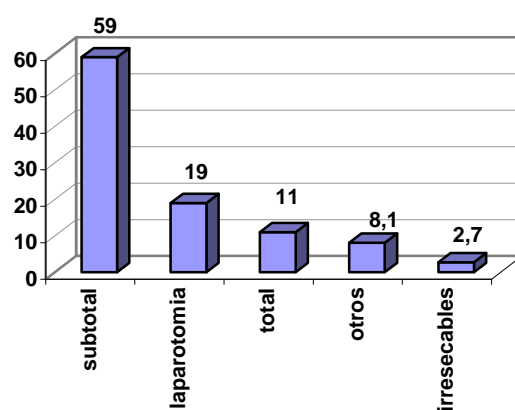
Gráfica 6. Clasificación Histológica del CA Gástrico en el H. U. S. J. Pereira, 2003



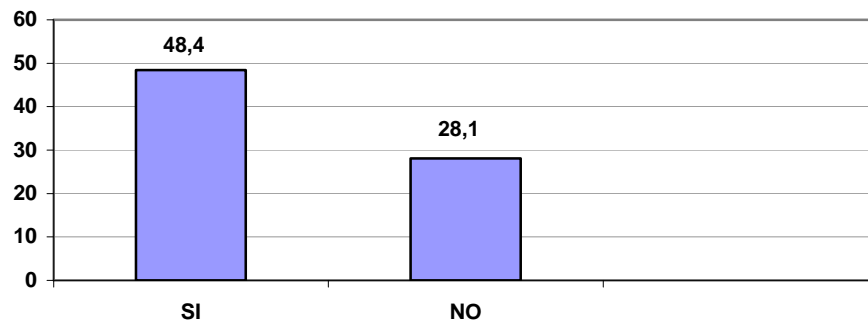
Gráfica 7. Tipo de Adenocarcinoma CA Gástrico en el H.U.S.J. Pereira, 2003



Gráfica 8. Intervención y/o Tratamiento en el CA Gástrico del H. U. S. J. Pereira, Año 2003



Gráfica 9. Procedimientos Quirúrgicos de Internación CA Gástrico en H.U.S.J de Pereira, 2003



**Gráfica 10. Indices de Mortalidad en CA Gástrico del H. U. S. J.
Pereira, Año 2003**

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

- Las estadísticas departamentales muestran que el cáncer gástrico es la primera causa de muerte por patología neoplásica en el departamento de Risaralda.
- Tiene mayor prevalencia en el género masculino y entre la quinta y sexta década de la vida.
- Dentro de los síntomas más frecuentes por los que consultan los pacientes se encuentran la pérdida de peso, emesis y dolor abdominal.
- La endoscopia de vías digestivas altas es el método de elección para el diagnóstico del cáncer gástrico.
- La clasificación endoscópica más frecuentemente encontrada en los pacientes de nuestra serie del HUSJ fue Borrmann III, lo que indica consulta tardía.
- Es posible que el Adenocarcinoma de tipo difuso sea el tipo histológico más común en la región.
- La gastrectomía subtotal fue el tratamiento quirúrgico más utilizado en esta institución.
- Aunque las complicaciones postquirúrgicas son muy bajas, los índices de mortalidad postoperatorios son altos.
- Es recomendable realizar endoscopia a pacientes de nuestra región con síntomas dispépticos a partir de los 30 años de edad, para detectar el cáncer en sus estadios iniciales.
- Falta mayor investigación sobre los antecedentes personales, familiares y los factores de riesgo en los pacientes que consultan por patología digestiva y profundizar en la anamnesis realizada en el servicio de Urgencias y de consulta externa.
- Después de la recopilación de los datos, observamos que el 14% de los pacientes, no tenían reporte de la biopsia realizada, lo que dificultó el estudio.
- Promover campañas de promoción y prevención para cáncer gástrico.

BIBLIOGRAFÍA

1. INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA, Guías de práctica clínica en enfermedades neoplásicas, 2º Edición, Bogotá D.C, Ministerio de Salud, 2001, p 176-191, <http://www.incancerología.gov.co>
2. Amaya, Ricardo, Cáncer gástrico, <http://www.medicentro.com.co/gastroen.htm>
3. ALBIS, Rosario, BELTRÁN Oscar, MOROS Manuel y JULIAO Fabián. Epidemiología, factores de riesgo y tamizaje. En: Primer Consenso Colombiano de Cáncer Gástrico: suplemento de la Revista Colombiana de Gastroenterología. Vol. 18, No.3 (Oct 2003); p 9-19.
4. GONZALEZ, Oscar. Diagnóstico endoscópico. En: Primer Consenso Colombiano de Cáncer Gástrico: suplemento de la Revista Colombiana de Gastroenterología. Vol. 18, No.3 (Oct 2003); p 24-27.
5. MEISEL, Emiro. Cromoendoscopia. En: Primer Consenso Colombiano de Cáncer Gástrico: suplemento de la Revista Colombiana de Gastroenterología. Vol. 18, No.3 (Oct 2003); p 28-30.
6. BEDOYA, Álvaro. Diagnóstico radiológico. En: Primer Consenso Colombiano de Cáncer Gástrico: suplemento de la Revista Colombiana de Gastroenterología. Vol. 18, No.3 (Oct 2003); p 21-22.
7. POWEL, DJ, Mc Conkey. The rising trend in esophageal adenocarcinoma and gastric cardia. Euro J Center Prevent 1992; 1: 265-9.
8. ROBAYO, Juan Carlos. Pruebas de laboratorio en el diagnóstico del adenocarcinoma gástrico. En: Primer Consenso Colombiano de Cáncer Gástrico: suplemento de la Revista Colombiana de Gastroenterología. Vol. 18, No.3 (Oct 2003); p 37.
9. CASCIATO, Dennis y LOWITS, Barry. Oncología clínica. 4 ed, Madrid, España: MARBÁN, (2001); p177-182. ISBN 84-7101-335-5.
10. OLIVEROS; Ricardo, RUBIANO Jaime, ANGEL Alberto y ARGÜELLO Pedro. Tratamiento quirúrgico. En: Primer Consenso Colombiano de Cáncer Gástrico: suplemento de la Revista Colombiana de Gastroenterología. Vol. 18, No.3 (Oct 2003); p 46-52.
11. GÓMEZ; Martín, REY Mario Humberto, REY Mario y VELASCO Benedicto. Tratamiento endoscópico. En: Primer Consenso Colombiano de Cáncer Gástrico: suplemento de la Revista Colombiana de Gastroenterología. Vol. 18, No.3 (Oct 2003); p 38-45.
12. Sendes A, Burdiles P, Rojas J, Díaz JC, Braghetto I y Mavenda F. A prospective randomized study comparing D2 total gastrectomy vesus D2 total

gastrectomy plus splenectomy in 187 patients with gastric carcinoma surgery 2002; 131: 401-407.

13. ESCOBAR M, Julia Inés, Perfil epidemiológico de Pereira en el 2002. En: Revista epidemiológica de Pereira. Vol.6, No. 1 Enero-Junio, p 20-35, ISSN 0124-4787.