

## ANÁLISIS RETROSPECTIVO DE 70 CASOS DE CÁNCER GÁSTRICO

Alfonso Campos R,\* Steve Cascante R.\*

### RESUMEN

*Se presenta la experiencia acumulada en el tratamiento de cáncer gástrico en el Servicio de Cirugía General N°1 del Hospital México, San José, Costa Rica, en el período de tiempo comprendido entre el 1º de junio de 1979 y el 30 de setiembre de 1981 y el seguimiento diez años después. Se analizaron setenta pacientes en cuanto a: edad, sexo, sintomatología previa, gastroscopía, radiología, el procedimiento quirúrgico empleado, los hallazgos anatomopatológicos, la evolución postoperatoria y la supervivencia. A pesar de los esfuerzos realizados para efectuar un diagnóstico precoz, la forma temprana de la enfermedad se detectó sólo en el 10% de los casos, siendo esto indispensable para obtener buenas tasas de supervivencia. En ninguno de los casos revisados se empleó la quimioterapia como tratamiento coadyuvante, lo cual abre la posibilidad con el advenimiento de nuevas y mejores drogas de aplicarlas en un futuro. El diagnóstico temprano de cáncer gástrico representa la mejor posibilidad de curación, por lo que es necesario implementar y mejorarlos métodos de detección como la gastroscopía en todos los pacientes. (Rev. Cost. Cienc. Méd. 1991; 12(1,2): ).*

### INTRODUCCION

A pesar de que recientes publicaciones señalan una definitiva disminución del cáncer

gástrico en algunas regiones del mundo, como los trabajos de Yamagata en Japón (13), en Costa Rica persiste como un serio problema de salud que merece la mayor importancia y atención.

La Sociedad Americana de Cáncer en publicación reciente, señala a Costa Rica como el país con el mayor índice de mortalidad por cáncer gástrico a nivel mundial (2). Su prevalencia en Costa Rica, sólo superada por Japón y Chile, confirma la necesidad de aunar esfuerzos de epidemiólogos, nutricionistas, endoscopistas, gastroenterólogos, cirujanos y médicos generales, que permitan una mayor difusión de los conocimientos que se tienen sobre el mismo y de las medidas a tomar para su prevención.

A pesar de su aún oscura etiología de probable carácter multifactorial, enormes esfuerzos se han realizado en las últimas décadas, con el fin de neutralizar los factores de riesgo ambiental, familiar, ecológico y de nutrición, que pueden influir sobre el mismo.

Asimismo, el diagnóstico precoz y el tratamiento adecuado, redundarán en mejores resultados a un menor costo en sobrevida y en calidad de existencia.

Conscientes de la importancia del cáncer gástrico en Costa Rica, en abril de 1991 la Asociación Costarricense de Cirugía realizó un simposio sobre el tema, en el Colegio de Médicos y Cirujanos.

Se revisaron los resultados en el tratamiento quirúrgico del cáncer gástrico en los diferentes Servicios de Cirugía General en los hospitales del Area Metropolitana, en un período de poco más de dos años, comprendido entre el 1 de junio de 1979 y el 30 de setiembre de 1981.

\*Servicio de Cirugía General N°1, Hospital México, C.C.S.S., San José, Costa Rica.

Este período de tiempo fue escogido con el fin de evaluar la evolución de los pacientes portadores de cáncer gástrico y tratados en los diferentes Servicios de Cirugía General, su evolución y supervivencia a los cinco y diez años.

Los resultados obtenidos fueron prácticamente iguales en los diferentes estudios realizados. La casuística varió poco y sobre todo el índice de detección de casos "tempranos" fue del 10% aproximadamente en todos los hospitales.

El presente trabajo expone los resultados detallados en el Servicio de Cirugía General N°1 del Hospital México, en ese periodo de tiempo.

## MATERIAL Y METODOS

Este reporte incluye a 70 pacientes, que representan casi la totalidad de los pacientes portadores de cáncer gástrico tratados quirúrgicamente en el Servicio de Cirugía General N° 1 del Hospital México.

Aproximadamente 27 casos fueron excluidos por no contarse con la información estadística necesaria para su análisis y evaluación.

Se revisó la distribución por sexo y edad y el motivo de consulta o referencia, los procedimientos diagnósticos empleados, el procedimiento quirúrgico y los resultados obtenidos. Se revisaron los resultados anatomopatológicos de las biopsias obtenidas en gastroscopia y en material quirúrgico y especialmente la morbilidad y supervivencia de los pacientes.

## RESULTADOS

Del total de casos estudiados, 46 pacientes, o sea, el 65,7%, correspondían al sexo masculino y 24 (34,3%) al femenino, observándose una relación 2:1 entre hombres y mujeres lo cual concuerda con los datos publicados por Yamagata en Japón (13).

Un 75% de los casos tuvieron una edad comprendida entre los 41 a 70 años, para una edad promedio de 61,5 años. El paciente

más joven fue una paciente del sexo femenino de 33 años y el de mayor edad un anciano de 86 años.

El síntoma predominante en 45 casos, (64,2%) fue la pérdida de peso, siguiéndole en orden de frecuencia la epigastralgia, náuseas y vómitos, llenura postprandial, anorexia y/o hematemesis y melena.

En 23 casos, (32,8%) los síntomas fueron de aparición reciente, menos de 3 meses antes de la intervención quirúrgica, aunque en otros las molestias digestivas se remontaban a más de un año antes de ser sometidos a tratamiento.

Hubo anemia (<12 g/dl de Hb) en 18 casos, (25,7%) y en el mismo porcentaje de fosfatasa alcalina elevada, (>4,8 unidades por el método de Bessey).

El grupo sanguíneo predominante fue el O (31 casos, 44,2%) siguiéndole en orden de frecuencia, el A y el B con 18 casos cada uno (el 25,7%) y el AB (3 casos, 4,2%).

Porcentualmente, se ha señalado en forma insistente una mayor propensión de cáncer gástrico en personas portadoras del grupo A, (12) por lo que es importante recordar que las últimas cifras de porcentajes de grupos sanguíneos en Costa Rica, (4) señalan al grupo O como el más frecuente con un 53% entre los costarricenses, siguiéndole el A en el 31%, el B con el 13% y finalmente el AB con el 3%, cifras que difieren levemente de las publicadas por Brenes en 1978 (1).

En 59 pacientes se realizó endoscopia previa a la cirugía, encontrándose en todos ellos hallazgos evidentes de neoplasia gástrica. De estos 59 pacientes, en 52 (74,2% se consideró la neoplasia avanzada y sólo 7 casos como casos tempranos (10%).

La localización anatómica predominante fue la región antral en 32 casos (45,7%), siguiéndole en orden de frecuencia el cuerpo, el antro y cuerpo y en 6 casos el cardias (8,5%). El tipo ulcerado infiltrante fue encontrado en los estudios endoscópicos en 30 casos, (42,8%) siguiéndole en orden de frecuencia el ulcerado y el tipo linitis en 7 casos (10%). En 16 casos se realizó una serie gastroduodenal previa a la cirugía. En 12 casos (17,1%) los hallazgos radiológicos correlacionaron con los endoscópicos, mientras

que en 2 pacientes no lo fueron, siendo este estudio negativo.

Un estudio radiológico falso-negativo fue reportado en 4 casos, (5,7%) y en una amplia mayoría de 54 casos (77%) no se llevaron a cabo.

Se realizó una intervención quirúrgica de tipo curativo en 45 pacientes, en las que predominó la gastrectomía subtotal radical tipo R3. En estos pacientes la reconstrucción del tracto digestivo fue realizada en forma predominante mediante anastomosis tipo Billroth I (gastroduodeno-anastomosis).

En 11 casos sólo se realizó laparatomía y en 7 pacientes (10%) gastroentero-anastomosis.

Se empleó la gastrostomía y yeyunostomía en 3 casos como un método alternativo para alimentación.

En 11 casos (15,7%) hubo complicaciones postoperatorias, desde el absceso de pared, el absceso subfrénico, neumonía y fuga de la anastomosis, entre otras.

La mortalidad quirúrgica fue del 2,8%, representado por 2 casos que fallecieron en los primeros 30 días después de la intervención. Uno por deficiencia de la anastomosis y otro por una neumonía.

En dos casos se practicó una cirugía asociada: en un caso una colecistectomía sola, y en otro conjuntamente con exploración de vías biliares.

El tipo intestinal, de acuerdo a la clasificación de Laurent (3) se encontró en 43 pacientes y el difuso en 7, la mayoría de los cuales se consideraron como avanzados.

Los límites de resección distal y proximal se encontraron libres de tumor en la mayoría de las intervenciones y los ganglios linfáticos regionales fueron positivos en 23 casos, de los que se realizó linfadenectomía, o sea, en el 52,3% de las operaciones.

Sólo 10 pacientes, (14,2%) sobrevivieron más de 5 años, mientras que 20 pacientes fallecieron en los 3 meses posteriores a la intervención. El resto de los casos fallecieron entre estos límites. No encontramos tratamiento oncológico complementario a la cirugía en ninguno de estos casos.

## DISCUSION

Desde la primera publicación sobre la frecuencia de esta neoplasia en Costa Rica por Mena en 1963 (5) hasta estudios recientes como los de Sierra y colaboradores (11), epidemiológicamente está establecida su alta incidencia.

A pesar de ocupar el primer lugar como causa de muerte entre las neoplasias en Costa Rica (2), los resultados obtenidos están lejos de ser satisfactorios.

Se ha avanzado en el conocimiento multifactorial que se asocia a esta neoplasia. en su distribución geográfica y en los factores ecológicos y nutricionales que la acompañan conocimientos publicados en múltiples publicaciones nacionales e internacionales, como los de Paulino, Yamagata, Jaramillo y otros (2, 9, 13).

En Costa Rica continúa predominando el tipo intestinal, según la clasificación de Laurent (3), como se ha establecido en las regiones en donde tiene una alta incidencia (9).

El diagnóstico de la forma "temprana" de la enfermedad se obtuvo sólo en el 10% de los casos. Murakami (7) y muchos otros autores, especialmente japoneses, han señalado la necesidad del diagnóstico precoz y tratamiento quirúrgico adecuado, como Mishima (6), para obtener buenas tasas de supervivencia. Ninguno de nuestros pacientes fue tratado con terapia coadyuvante a la cirugía, aunque numerosos trabajos como el de Schlag (10), revelan prometedoras esperanzas. especialmente con la quimioterapia temprana y agresiva.

Finalmente, en ninguno de los casos presentados en el presente estudio el cáncer gástrico se desarrolló en el "muñón" de pacientes previamente gastrectomizados en forma subtotal por otros padecimientos. como ha sido señalado por Orlando (8) y otros autores.

## ABSTRACT

*The surgical experience in the diagnosis and surgical treatment of gastric cancer in General Surgery Unit N° 1 of the Mexico*

Hospital is presented. The study covers 70 patients studied between the 1<sup>st</sup> of June of 1979 and September 30<sup>th</sup>, 1981 and followed ten years later.

Seventy patients were seen and treated for gastric cancer. The ages, sex distribution and preoperative symptomatology were analyzed and the preoperative diagnosis procedures are discussed.

Special emphasis is given to the surgical procedure performed and its complications, mortality and survival.

Anatomo-pathological findings are included and some epidemiology recommendations and conclusions are established.

Despite the effort made in the early diagnosis of gastric cancer only in the 10% of the patients the diagnosis was made at this stage, condition that is necessary for good results in survival rates.

Quimioterapia was not employed as a coadyuvant treatment in any of our patients. However with new and better drugs in the future will be useful their use.

The early detection of gastric cancer represents the better possibility of cure and early detection methods as gastroscopies should be implemented in all patients.

## BIBLIOGRAFIA

1. Brenes, R.: Incidencia de grupos sanguíneos y Factor Rh en Costa Rica. *Act. Méd. Cost.*, 1978; 21:289-293.
2. Jaramillo, Juan: *Cáncer Gástrico*. Editorial de la Universidad de Costa Rica, San José, Costa Rica, 1989:19-20.
3. Laurent, P.: The two histological main types of gastric carcinoma. *Act. Path. et Microbiol. Scand.*, 1965; 64: 31-49.
4. Marín Rojas, R. A.; Solano, E. M.; Espinoza, M.; Sáenz, E.; Willis, S.; Chacón, G.: Distribución de Fenotipos y Genotipos del Sistema AB O en la población de Costa Rica. *Revista Costarricense de Ciencias Médicas*. 1986; 7(1) 55-58.
5. Mena, H.: Frecuencia del Cáncer en Costa Rica. *Act. Méd. Cost.*, 1964; 7:19-26.
6. Mishima, Y.: Hirayama R.: The role of lymph-node surgery in gastric cancer. *World J. Surgery*, 1987; 11:406-411.
7. Murakami, T.: Early cancer of the stomach after gastrectomy. *Am. J. Surg.*, 1981; 141:487-491.
8. Orlando, A.; Welch, J.: Carcinoma of the stomach after gastric operation. *Am. J. Surg.*, 1981; 141:487-491.
9. Paulino F.; Roselli, A.: Carcinoma of the stomach. *Current Problems in Surgery*. December 1973; 3-10.
10. Schlag, P.: Adjuvant chemotherapy in gastric cancer. *World J. Surg.* 1987; 11: 473-477.
11. Sierra, R.; Maxwell, D.; Muñoz, G.: Cáncer en Costa Rica. *Cancer Research*. 1989; 49:717-720.
12. Spiro, H. M.: "Enfermedades Inflamatorias". *Gastroenterología Clínica* 2<sup>o</sup> edición, México, Ed. Interamericana. 1980; 12: 166-174.
13. Yamagata, S.; Hisamichi, S.: Epidemiology of cancer of the stomach. *World J. Surg.*, 1979; 3:663-669.