CÁNCER GÁSTRICO: EPIDEMIOLOGÍA, DIAGNÓSTICO Y MANEJO. SERVICIO DE CIRUGÍA, HOSPITAL SANTO TOMÁS. 1995-1999.

Fletcher, Josefina; Sandoval, Julio; Troitino, Marisol; Guillén, Ovidio; Valderrama, Noelia
Estudiantes del VI año de la carrera de medicina.

Resumen

El cáncer gástrico es el crecimiento desordenado de células de la pared gástrica capaces de invadir órganos adyacentes y dar metástasis a distancia. Constituye la segunda causa de muerte por cáncer a nivel mundial. Costa Rica tiene la mayor tasa de mortalidad a nivel mundial (48 por 100000 habitantes) y Japón la mayor tasa de incidencia, (77.87 por 100000 habitantes) Panamá presenta una tasa de incidencia de 11.5 por 100000 habitantes, tasa de mortalidad de 7.8 por 100000 habitantes.

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo cuyo universo consistió de 42 pacientes con Cáncer Gástrico de las salas de cirugía del Hospital Santo Tomás.

Se encontró una relación masculino:femenino de 3:1. El rango de edad mayormente afectado fue de 51 a 60 años. El 71% de los pacientes presentaban antecedente de tabaquismo y/o etilismo, 40% padecían de patología gástrica previa y 16% tenían antecedente familiar de Cáncer Gástrico.

Palabras clave: adenocarcinoma, tabaquismo, etilismo, endoscopia.

Abstract

The gastric carcinoma is a growth disorder of cells from de gastric wall that can origin local organs invasion and produce distance metastasis. Is the second cause of cancer deaths in all countries. World wide, Costa Rica ranks first in death rate (48 per 100 000 population) and Japan with incidence rate (77.87 per 100 000 population) in Panama, gastric carcinoma, has an incidence rate of 11.5 per 100 000 population and a death rate of 7.8 per 100 000 population.

Is a descriptive retrospective study, with a universe of 42 patients with gastric cancer of the surgery rooms in HST.

There is a masculine:feminine rate of 3:1. Most incidence rate due to stomach cancer occurs between the ages of 51 to 60 years. 71% of the patients presented smoking and drinking habits, 40% had a gastric disease previous to the diagnosis and 16% had family history of gastric cancer.

Key words: adenocarcinoma, smoking, drinking, endoscopy.

Introducción

El Cáncer gástrico es el crecimiento desordenado de células de una estructura de la pared gástrica capaz de invadir órganos adyacentes y dar metástasis a distancia. Constituye un cáncer poderosamente mortal, aún cuando su incidencia ha ido disminuyendo en las últimas décadas de 22.5 muertes por 100 000 habitantes en 1940 a 7.2 y 3.7 por 100 000 para hombres y mujeres respectivamente en 1995, sigue siendo la segunda causa de muerte por cáncer a nivel mundial, después del cáncer de piel. Existen diferencias geográficas y socioculturales en su incidencia, pero ésta es por lo general mayor en países en vías de desarrollo y en éstos en las clases más deprimidas socioeconómicamente. Es de especial importancia en Costa Rica, quien tiene la más alta mortalidad por cáncer gástrico: 70 y 30 muertes por 100 000 habitantes para hombres y mujeres respectivamente y Japón donde hay la más alta incidencia de cáncer gástrico (77.87 x 100000 habitantes).¹

En Panamá, los tumores malignos, se encuentran entre las diez primeras causas de mortalidad, siendo el quinto más frecuente el cáncer gástrico con una tasa de incidencia de 11.5 casos por 100 000 habitantes y una tasa de mortalidad de 7.8 defunciones por 100000 habitantes.²

Esta es una enfermedad que aparece en edades avanzadas. (50 - 70 años) Afecta más a personas que

ingieren alimentos ahumados, salados o embutidos y que su dieta no es rica en fibra, frutas y vegetales.

Recientemente se ha asociado a la infección con *Helicobacter pylori*. Predomina en el sexo masculino con una relación 3:1.³ La mayoría de los tumores ocurren en el área antro-pilórica. Encontrándose localizados más frecuentemente en la curvatura menor que en la curvatura mayor. El 90-95 % de los cánceres gástricos esta constituido por adenocarcinomas, otros tipos incluyen linfomas, sarcomas y tumor carcinoide.⁴

El cáncer gástrico temprano puede ser asintomático en muchas ocasiones. El dolor abdominal es usualmente el primer síntoma. El diagnóstico clínico temprano se basa en un gran índice de sospecha. Los métodos diagnósticos más usados son serie esófagogastroduodenal, la endoscopia y biopsia.¹ Por lo general las opciones de tratamiento dependen del estadio en que se encuentre el tumor. La única oportunidad de erradicarlo es la resección quirúrgica, si las condiciones locales no están muy avanzadas. La supervivencia está relacionada con el estadio clínico más que con el tipo de tratamiento que se le de al paciente. Se ha señalado que la sobrevida a los 5 años es del noventa por ciento cuando es detectado en etapas tempranas y del diez por ciento cuando ya se afecta la serosa y/o hay metástasis.³

Objetivo general

- Describir la epidemiología, el diagnóstico y manejo del cáncer gástrico en los pacientes atendidos por el servicio de Cirugía del Hospital Santo Tomás entre 1995 a 1999.

Objetivos específicos

- Describir el número de casos de cáncer gástrico atendidos entre 1995 a 1999 en el Servicio de Cirugía del Hospital Santo Tomás.
- Describir la distribución por sexo y edad de los casos de cáncer gástrico atendidos entre 1995 a 1999 por el Servicio de Cirugía del Hospital Santo Tomás.
- Describir los síntomas principales presentados por los pacientes con cáncer gástrico atendidos por el Servicio de Cirugía del Hospital Santo Tomás, entre 1995 a 1999.
- Describir los posibles factores de riesgo asociados a la aparición de cáncer gástrico en los pacientes con cáncer gástrico atendidos entre 1995 a 1999 por el Servicio de Cirugía del Hospital Santo Tomás.
- Describir los métodos diagnósticos utilizados con los pacientes con cáncer gástrico atendidos por el Servicio de Cirugía del Hospital Santo Tomás entre 1995 a 1999.
- Describir el manejo que se le dio a los pacientes con cáncer gástrico atendidos en el Servicio de Cirugía del Hospital Santo Tomás entre 1995 a 1999.

Hipótesis

- Hay una disminución en la frecuencia de aparición de los casos de cáncer gástrico en los pacientes atendidos por el Servicio de Cirugía del Hospital Santo Tomás entre 1995 a 1999.
- El cáncer gástrico es más frecuente en los hombres que en las mujeres en los pacientes atendidos por el Servicio de Cirugía del Hospital Santo Tomás entre 1995 a 1999.
- El cáncer gástrico se presenta con mayor frecuencia en los pacientes de edad avanzada.
- El método diagnóstico más frecuentemente utilizado por el servicio de Cirugía del Hospital Santo Tomás es la endoscopia.
- El manejo quirúrgico es el más frecuentemente utilizado en los pacientes con diagnóstico de cáncer gástrico atendidos por el Servicio de Cirugía del Hospital Santo Tomás.

Metodología

El área de nuestro estudio es la cirugía. Se realizó un **estudio descriptivo retrospectivo** cuyo universo estuvo constituido por los pacientes diagnosticados con cáncer gástrico en el Servicio de Cirugía del Hospital Santo Tomás en el período de tiempo comprendido entre 1995 a 1999.

Criterios de inclusión de los casos fueron:

- 1- Todo paciente atendido por el Servicio de Cirugía del Hospital Santo Tomás entre 1995 a 1999 con diagnóstico de ingreso de cáncer gástrico.
- 2- Todo paciente hospitalizado en el Hospital Santo Tomás y que luego de las pruebas diagnósticas se le haya

comprobado cáncer gástrico y haya sido transferido a las salas del Servicio de Cirugía del Hospital Santo Tomás entre 1995 a 1999.

Criterios de exclusión de los casos fueron:

- 1- Todo paciente atendido por el Servicio de Cirugía del Hospital Santo Tomás entre 1995 a 1999 que haya sido admitido con diagnóstico de ingreso de cáncer gástrico, pero que luego de exámenes pertinentes se haya descartado la presencia del mismo.
- 2- Todo paciente cuyos expedientes no encuentren en los registros médicos del Hospital Santo Tomás.
- 3- Todo paciente cuyo expediente clínico no proporcione los datos necesarios para llenar nuestra encuesta.

Las variables de nuestro estudio fueron las siguientes:

Identificación: se utilizó únicamente el número de expediente para mantener el anonimato de los pacientes.

Edad, sexo, procedencia: datos detallados en la historia clínica de ingreso realizada por el médico de turno.

Antecedentes personales no patológicos: tabaquismo y etilismo. Se tabularon las respuestas obtenidas de las historias clínicas de ingreso como: sí, no, no consignado.

Antecedentes personales patológicos: antecedentes de úlcera péptica, gastritis, cirugía gástrica previa. Se tabularon las respuestas obtenidas de las historias clínicas de ingreso como: sí, no, no consignado.

Antecedentes familiar de cáncer gástrico: se tabularon las respuestas obtenidas de las historias clínicas de ingreso como: sí, no, no consignado.

Síntomas principales: se anotaron los síntomas que refería el paciente en la historia clínica de ingreso.

Método diagnóstico: se revisaron los expedientes de cada paciente para conocer de que forma se llegó al diagnóstico de cáncer gástrico. Los datos obtenidos se tabularon como: endoscopia más biopsia, laparotomía exploratoria y otros (que incluyen métodos radiológicos como USG, CAT, SEGD).

Manejo del paciente: se revisaron los expedientes de cada paciente para conocer los detalles de su manejo. Los datos obtenidos los tabulamos de la siguiente forma: laparotomía exploratoria, cirugía paliativa, cirugía curativa y no quirúrgico.

Tiempo de evolución: se anotó el tiempo de evolución de los síntomas que cada paciente refería según las historias clínicas de ingreso. Los datos obtenidos se tabularon de la siguiente forma: menos de 3 meses, de 3 a 6 meses, de 6 meses a 1 año, más de un año.

Localización del tumor: se anotó la localización del tumor que fue obtenida de los informes del método diagnóstico que se les hubiese realizado. Los datos obtenidos se tabularon de la siguiente forma: cardias, fondo, antro, cuerpo, cáncer encontrado invadiendo más de una región, se desconoce.

Tipo de Tumor: se obtuvo de los informes de patología de cada paciente, y se tabuló de la siguiente forma: adenocarcinomas, linfomas, tumores carcinoides.

Se obtuvieron los números de expedientes con diagnóstico de admisión de cáncer gástrico entre los años de 1995 a 1999, datos proporcionados por el registro estadístico del Servicio de Cirugía del Hospital Santo Tomás y se solicitaron dichos expedientes al Departamento de Registros Médicos del Hospital Santo Tomás. Se utilizó como instrumento de recolección de datos una encuesta tipo cédula confeccionada por los autores del estudio para obtener la información de estos pacientes contenida en las historias clínicas de los mismos y que detallamos previamente.

Se tabularon los resultados para así llegar a las conclusiones, discusiones y recomendaciones que anotamos más adelante.

Resultados

- Se admitieron 58 pacientes con diagnóstico de cáncer gástrico en las salas de cirugía del Hospital Santo Tomás entre los años 1995 a 1999. Por falta de datos en los registros médicos, no se pudo obtener los archivos clínicos de 13 de los pacientes. De los 45 pacientes restantes, se descartó el diagnóstico de cáncer gástrico en tres de ellos luego de realizar los estudio pertinentes, quedándonos con un universo de 42 pacientes.

Tabla 1. Distribución según sexo de pacientes con cáncer gástrico atendidos por el servicio de cirugía del HST. 1995-1999.

Sexo	No. De Pacientes
Masculino	32
Femenino	10
Total	42

Fuente: Datos obtenidos mediante encuesta a los expedientes realizada por los autores del trabajo. Mayo 2000.

Tabla 2. Distribución según rango de edad de pacientes con cáncer gástrico atendidos por el servicio de cirugía del HST. 1995-1999.

Edad	No. De pacientes	Porcentaje (%)
≤ 40	3	7.14
41-50	3	7.14
51-60	20	47.6
61-70	6	14.6
71-80	10	23.8
Total	42	100.00

Fuente: Datos obtenidos mediante encuesta a los expedientes realizada por los autores del trabajo. Mayo de 2000.

- De estos 42 pacientes, 32 pertenecían al sexo masculino, y 10 al sexo femenino. (ver tabla #1) Se observó una mayor proporción de cáncer gástrico en el grupo de edad de 51 a 60 años (ver tabla #2) y una disminución en el número de casos diagnosticados a

través de los cinco años, yendo desde 12 casos en 1995 a 6 casos en 1999. (ver tabla #3) El 71% de los pacientes tenían entre sus hábitos el tabaquismo y etilismo, y de éstos el 70% practicaban ambos hábitos. El 16% tenían antecedentes familiares de cáncer gástrico. El 40% de los pacientes (17 de 42 pacientes) presentaban antecedentes de patologías gástricas.

Tabla 3. Distribución según año de aparición de casos por número de pacientes con cáncer gástrico atendidos por el servicio de cirugía del HST. 1995-1999.

Año	Total
1995	12
1996	11
1997	8
1998	5
1999	6
Total	42

Fuente: Datos obtenidos mediante encuesta a los expedientes realizada por los autores del trabajo. Mayo 2000.

- Entre los síntomas más frecuentes entre los pacientes, se encontró que 71% referían pérdida de peso, 69% epigastralgia, 61% llenura postprandial, el 50% vómitos, el 33% anorexia, el 16% sangrados digestivos altos y un 11% refirió sensación de masa abdominal. Observamos que 34 de los 42 pacientes referían un tiempo de evolución de sus síntomas menor de 1 año (ver tabla #4)

Tabla 4. Distribución según tiempo de evolución de los síntomas de pacientes con cáncer gástrico atendidos por el servicio de cirugía del HST. 1995-1999.

Tiempo evolución síntomas	No. De pacientes	Porcentaje (%)
≤ 1 año	34	80.95
≥ 1 año	8	19.05
Total	42	100.00

Fuente: Datos obtenidos mediante encuesta a los expedientes realizada por los autores del trabajo. Mayo 2000.

- Los tumores encontrados fueron: adenocarcinoma en un 93% de los pacientes, linfoma en un 4% y tumor carcinoide en un 2%. La localización más frecuente de los tumores gástricos fue en el antro, que se encontró en 15 de los 42 pacientes, seguido por el cuerpo (9 pacientes), fondo (2 pacientes), cardias. (1 paciente) En 13 de los pacientes se encontró que el tumor ocupaba más de una región.
- Entre los métodos utilizados para realizar el diagnóstico en estos pacientes, encontramos que el de mayor utilización fue endoscopia más biopsia que se realizó en un 88% de los pacientes, mientras que en los restantes se realizaron estudios radiológicos tales como serie esofagogastroduodenal, USG, Tomografía Axial Computarizada.

- A 29 de los 42 pacientes se les ofreció un manejo quirúrgico, de esos a 11 pacientes se les realizó una cirugía curativa, a 13 pacientes una cirugía paliativa y a 5 pacientes solamente se les realizó una laparotomía exploratoria. Los 13 pacientes restantes de los 42, no recibieron manejo quirúrgico.

Discusión

Encontramos que en los pacientes con diagnóstico de cáncer gástrico atendidos por el servicio de cirugía del Hospital Santo Tomás entre 1995 y 1999:

- Existe una relación masculino:femenino de aproximadamente 3:1. Esto concuerda con la literatura revisada³, sin embargo según los datos registrados en el Ministerio de Salud (MINSA) de nuestro país dicha relación a nivel nacional es de 1.7:1 para 1997.²
- Hay una disminución en el número de casos de cáncer gástrico en el servicio de cirugía del Hospital Santo Tomás. Esto concuerda con el estudio realizado por Stadtländer y Waterbor⁷, pero según los datos del MINSA, la tasa de incidencia a nivel nacional se mantuvo estable de 1995 a 1997.²
- El cáncer gástrico se diagnosticó más frecuentemente en los pacientes mayores de 50 años. En un estudio realizado en Alabama, USA; el rango de edad de mayor frecuencia de aparición fue de 65 a 74 años.⁷
- El mayor número de pacientes con diagnóstico de cáncer gástrico tenían entre sus hábitos el tabaquismo y/o etilismo. En el estudio de Langergren y cols. realizado en Suecia, se encontró que el adenocarcinoma gástrico tenía una asociación dosis-dependiente con el tabaquismo (OR= 4.2; 95%; CI:2.5-7) pero no con el etilismo.⁵
- Un 16% de los pacientes con cáncer gástrico atendidos en el servicio de cirugía del Hospital Santo Tomás presentaban antecedente familiar de cáncer gástrico. Hay evidencia de predisposición genética a la malignidad gástrica; los familiares de los pacientes con cáncer gástrico tienen un aumento en la prevalencia de lesiones precancerosas.⁷
- En un alto porcentaje de los pacientes, observamos antecedente de patologías gástricas, tales como úlcera gástrica, gastritis y cirugía gástrica previa, concordando así con la literatura revisada¹.
- Los principales síntomas en orden de frecuencia son: pérdida de peso, dolor epigástrico, llenura postprandial, vómitos, anorexia, sangrado digestivo alto, sensación de masa; lo cual observamos no a cambiado a través de los años según lo publicado en Panamá por Avilés y Fuentes en 1975.⁸
- La mayor parte de los pacientes solicitaron atención médica cuando los síntomas tenían menos de seis meses de evolución. Hay que considerar el carácter subjetivo de este factor, ya que el tiempo de evolución de los síntomas es un valor aproximado, estimado por el paciente.¹

- El tipo de tumor más frecuente encontrado fue el adenocarcinoma de estómago (93%), lo cual concuerda con la literatura revisada que nos habla que el adenocarcinoma gástrico representa un 90-95% de todos los tumores gástricos.³

Recomendaciones

- Recomendamos intensificar campañas de información y concienciación a la población sobre el consumo de alcohol y tabaquismo relacionado a la frecuencia de aparición de cáncer gástrico.
- Recomendamos que se impartan en la población, planes para el cambio de hábitos alimenticios, como el consumo de frutas, vegetales, menos ingesta de comidas "chatarras", y hacer énfasis en la importancia de la refrigeración de los alimentos o por lo menos el consumo de alimentos frescos.
- Sugerimos la evaluación minuciosa de pacientes con antecedentes familiares de cáncer gástrico y sobretodo a partir de los 50 años. Así mismo especial atención a pacientes tratados con enfermedades gástricas crónicas como úlceras, gastritis etc.
- Creemos prudente la realización de un estudio analítico ya sea retrospectivo o prospectivo, que comprueben estadísticamente el efecto de posibles factores de riesgo asociados a la aparición de cáncer gástrico en nuestro país.

Referencias

1. Muniesa J., Mailsanava J. Cáncer Gástrico en Teruel. Registro de Tumores del Hospital Obispo Polanco de Teruel, año 1995; Boletín 197.
2. Departamento de estadística y cómputos del Ministerio de Salud de la República de Panamá. Datos más actualizados (1997)
3. Vargas A. Gastroenterología. México, DF:Mc Graw-Hill,1998: 98-104.
4. Fung M. Outline Summary of Stomach Cancer. Universidad de Pensilvania Cancer Center [serial online] 1996. Available from: URL:<http://www.oncolink.upenn.edu/cgi-bien/print.pl>.
5. Lagergren J, Bergstrom R, Lindgren A, Nyren O. The role of tobacco, snuff and alcohol in the aetiology of cancer of the oesophagus and gastric cardia. *Int J Cancer* 2000; 85(3):340-6.
6. Vallejo M. Cáncer gástrico: conceptos actuales. *Cir Gen* 1996; 18:38-46
7. Stadtländer C, Waterbor J. Molecular epidemiology, pathogenesis and prevention of gastric cancer. *Carcinogenesis* 1999; 20(12):2195-2207.
8. Avilés E, Fuentes S. Diagnóstico y Manejo Inicial del cáncer gástrico. *Revista Médica de la Caja de Seguro Social* 1975; 7:17-21.