

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA DE OCCIDENTE
UNIDAD DE POSTGRADO**



TRABAJO DE POSGRADO

**“INCIDENCIA DEL CANCER GÁSTRICO DURANTE EL AÑO 2011
EN EL DEPARTAMENTO DE CIRUGIA EN EL HOSPITAL
NACIONAL SAN JUAN DE DIOS DE SANTA ANA”**

PRESENTADO POR:

**LUIS GUSTAVO GARCÍA QUIJANO
ELMER ÁNGEL LÓPEZ ANCHETA**

**PARA OPTAR AL GRADO DE:
ESPECIALIDAD MÉDICA EN CIRUGÍA GENERAL**

**DOCENTE DIRECTOR:
DR. HUGO ERNESTO DUARTE CABRERA**

**DICIEMBRE 2012
SANTA ANA, EL SALVADOR, CENTROAMÉRICA**

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
AUTORIDADES**



**RECTOR
INGENIERO MARIO ROBERTO NIETO LOVO**

**VICERRECTORA ACADÉMICA
MASTER ANA MARÍA GLOWER DE ALVARADO**

**SECRETARIA GENERAL
DOCTORA ANA LETICIA DE AMAYA**

**FISCAL GENERAL
LICENCIADO FRANCISCO CRUZ LETONA**

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA DE OCCIDENTE
AUTORIDADES**



**DECANO
LICENCIADO RAÚL ERNESTO AZCÚNAGA LÓPEZ**

**VICE-DECANO
INGENIERO WILLIAM VIRGILIO ZAMORA GIRÓN**

**SECRETARIO
LICENCIADO VÍCTOR HUGO MERINO QUEZADA**

**JEFE DE LA UNIDAD DE POSTGRADO
MEd. MAURICIO ERNESTO GARCÍA EGUIZÁBAL**

**COORDINADOR GENERAL DEL PROCESO DE GRADO
DOCTOR FREDY RAFAEL MEDINA ESCOBAR**

INDICE

Introducción.....	5
Planteamiento del Problema.....	6
Objetivos	7
Justificación.....	8
Marco Teórico	9
Métodos y Materiales	14
Análisis de Resultados	20
Conclusiones.....	28
Recomendaciones.....	29
Anexos	30

INTRODUCCIÓN

En el presente trabajo estaremos abordando la temática del cáncer gástrico, siendo el Hospital San Juan de Dios de Santa Ana un centro de referencia de tercer nivel donde se atiende a un importante número de pacientes de la zona occidental; es de suma importancia el estudio de una patología como es el cáncer gástrico.

Refiriéndose en la literatura mundial como el 4 lugar en frecuencia de afección por cáncer, se diagnostican aproximadamente un millón de casos por año; y se le atribuyen aproximadamente 800,000 muertes cada año a nivel mundial.¹ Siendo el rango de edad más afectado entre los 60 – 74 años, y la tasa de curación para pacientes con afección de estadio III oscilando entre el 10 - 25%; siendo esta etapa en la que la mayoría de pacientes se encuentran cuando son diagnosticados en nuestro medio.

Por lo que el presente estudio describirá los principales factores que influyen en el diagnóstico y pronóstico de los pacientes tratados con cáncer gástrico en nuestros servicios de Cirugía General.

Además se pretende realizar un estudio retrospectivo, para determinar el nivel de incidencia y diagnóstico asociada a esta patología, dada la alta incidencia en este centro, y así describir la etapa del diagnóstico (ya sea temprano o tardío) lo cual influye en las opciones para el manejo quirúrgico de esta patología, lo cual podría proveer nuevas opciones y variantes para mejorar la sobrevida de estos pacientes.

¹ Cáncer, principios y practica de oncología; Vincent Devita, Samuel Hellman; 1997

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

CONOCER LA INCIDENCIA, SINTOMATOLOGIA, METODOS DIAGNOSTICOS,
PROCEDIMIENTOS REALIZADOS EN LOS PACIENTES DIAGNOSTICADOS
CON CANCER GASTRICO EN EL AREA DE CIRUGIA DEL HOSPITAL
NACIONAL SAN JUAN DE DIOS DE SANTA ANA EN EL PERIODO
COMPRENDIDO DE ENERO A DICIEMBRE DEL AÑO 2011

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Conocer la incidencia, manifestaciones clínicas, método diagnóstico y procedimientos quirúrgicos realizados en los pacientes con Cáncer Gástrico durante el año 2011 en el servicio de Cirugía del Hospital Nacional San Juan de Dios de Santa Ana.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Identificar el sexo y edad más frecuentemente asociado a Cáncer Gástrico.
2. Conocer las principales manifestaciones clínicas en pacientes con Cáncer Gástrico.
3. Conocer los principales métodos diagnósticos disponibles para pacientes en los que se sospeche cáncer gástrico.
4. Conocer los distintos procedimientos quirúrgicos realizados en los pacientes con cáncer gástrico.
5. Conocer el sitio anatómico donde más frecuente se presenta el cáncer gástrico
6. Conocer el tipo histológico más frecuente reportado en las biopsias enviadas

JUSTIFICACION

En el hospital San Juan de Dios de Santa Ana, existe un número considerable de pacientes con el diagnóstico de Cáncer Gástrico entre 30-50 casos anuales,² ya sea de hospitalización, consulta externa y emergencia, siendo estos últimos en ocasiones diagnosticados por hallazgos transoperatorios ya que se presentan con complicaciones intraabdominales sobreagreadas.

Además sería una herramienta muy útil, para determinar todos los métodos diagnósticos posibles, los que están a nuestro alcance como por ejemplo métodos de tamizaje y que podrían ayudar a realizar diagnósticos más tempranos (incluso antes de presentar sintomatología) y así de esta forma poder ofrecer a nuestros pacientes mayores opciones de tratamiento, y poderle ofrecer tratamientos potencialmente curativos y no solo paliativos como sucede en ocasiones.

Sabemos que hay muchos factores asociados, tales como la edad, enfermedades crónico-degenerativas concomitantes, retraso en la consulta, y por lo tanto en el diagnóstico; por lo que se pretende asimismo indagar en estos factores y obtener datos concretos sobre la incidencia, para de esta forma mejorar y agilizar la atención, realizar diagnósticos más tempranos y concisos y lograr en un futuro protocolizar tamizajes para disminuir la morbimortalidad de esta patología.

Los únicos datos que se encuentran es un estudio realizado en el 2006-2007 en los cuales concluyen que era necesario mantener la vigilancia epidemiológica junto con las variables generales de la población afectada, para poder obtener un mejor tratamiento de dicha patología a futuro.³

² Departamento Estadística y Censos, Hospital Nacional San Juan de Dios de Santa Ana

³ Incidencia del cáncer gástrico en el Hospital Nacional San Juan de Dios de Santa Ana durante los años 2005-2007; Dr. H. Duarte – Dr. J. Mejía; Santa Ana, Octubre 2007

MARCO TEORICO

CANCER GASTRICO

Historia

La primera descripción de cáncer gástrico se atribuye a Avicenna, sin embargo el primer artículo con detalles acerca de las lesiones malignas del estomago, fue descrito en 1761 por Morgagni; ya en 1879 Pean llevo a cabo la primera resección gástrica por cáncer; luego 12 años más tarde, Billroth realizo la primera resección pilórica exitosa y 16 años más tarde Schlatter realizo la primera gastrectomía exitosa. En 1911, Polya describió su gastrectomía parcial.

Epidemiología

El cáncer gástrico ocupa el 8 lugar como causa de muerte en USA, la proporción sexual indica que el cáncer gástrico es 2 veces mas frecuente en hombres que en mujeres, se observa con mayor frecuencia entre los 50 y 70 años, el cáncer gástrico es infrecuente antes de los 30 años.⁴

Se ha asociado varios factores etiológicos:

- Consumo de alimentos ahumados.
- Alimentos salados.
- Incidencia familiar.(Factor sanguíneo A)
- No está totalmente dilucidado si el uso del alcohol y el tabaco aumentan el riesgo.

⁴ Cáncer gástrico, Clínicas Quirúrgicas de Norteamérica, Vol.4 1994

Patología

El término cáncer gástrico, se refiere a los adenocarcinomas que representan el 95% de los tumores malignos gástricos; además, pueden presentarse los adenoacantomas,

Cáncer de células escamosas, tumores carcinoides (<1%), y el leiomioma.

El sitio más común de linfomas de tracto gastrointestinal es el estómago.⁵

En la evaluación patológica del cáncer gástrico hay 4 factores de importancia a tomar en cuenta:

- *Apariencia:* Hace 50 años el patólogo alemán Borrmann⁶ describió 5 tipos de presentación:
 1. Fungoide o polipoide.
 2. Lesión ulcerada con bordes elevados.
 3. Lesión ulcerada infiltrando la pared gástrica.
 4. Lesión con infiltración difusa.
 5. No clasificable.
- *Localización o sitio:* La mayoría de tumores se desarrollan en el antro y en tercio inferior del estómago. Son menos frecuentes en el cuerpo y en cardias, últimamente se ha notado un aumento en la aparición del cáncer en la unión cardioesofágica. Son más frecuentes en la curvatura menor que en la curvatura mayor. El origen multicéntrico se ha reportado en un 2.2%.
- *Grado de invasión:*
 1. Ulcerativo: Tiene la apariencia de una úlcera gástrica benigna.
 2. Polipoides: Son aproximadamente el 10%, este tipo se observa como lesiones grandes sin dar metástasis o invasión. Esto se debe a que son bien diferenciados.

^{5 y 6} Schwartz Principios de Cirugía; F. Charles Brunicaudi MD, octava edición

3. Escirroso: 10% da un aspecto rígido a la pared, debido a una infiltración difusa. Corresponde al anafásico o indiferenciado.
 4. Superficial: <5%. Aquí las células cancerosas reemplazan la mucosa intestinal.
- *Tipo histológico:* los más frecuentes son: adenocarcinoma, adenocarcinoma papilar, tubular, mucinoso; de células en anillo de sello, carcinoma epidermoide, adeno escamoso e indiferenciado. Histopatológicamente se puede dividir en bien diferenciado o tipo intestinal y difuso o anaplásico.

Lesiones Pre malignas⁷

1. *Metaplasia intestinal:* Se define como el reemplazo de epitelio gástrico por epitelio intestinal. El tipo histológico observado de cáncer gástrico en presencia de metaplasia intestinal es el bien diferenciado o tipo intestinal.
2. *Anemia perniciosa:* Se observa una frecuencia de cáncer gástrico 20 veces mayor en pacientes con anemia perniciosa por lo que estos pacientes necesitan un seguimiento periódico.
3. *Esófago de Barret:* Se desarrolla en pacientes con reflujo esofágico crónico.
4. *Paciente gastrectomizado:* Por previa patología benigna.
5. *Poliposgástricos:* Pólipohiperplásico o adenomatoso, pólipo hamartomatoso, adenomas vellosos.
6. *Úlceras gástricas:* existe la tesis que el cáncer gástrico, puede comúnmente ulcerarse, pero que las úlceras gástricas raramente se malignizan.

Mecanismos de Diseminación

1. *Diseminación directa:* Hacia el mismo, hacia el píloro, esófago o ambos.
2. *Hacia una víscera adyacente:* Epiplón mayor o menor, Hígado o diafragma, Páncreas, Bazo, Tracto biliar, Colon transversal.

⁷ Manual Washington de Oncología; Ramaswamy Govindan, MD; Primera edición

3. *Hacia las cadenas linfáticas:*
 - *Locales:* Gástrica izquierda, cadena esplénica, cadena hepática.
 - *Distales:* nódulo de Virchow, axilar izquierda, umbilicales.
4. *Vasculares:* hígado, pulmón, hueso, cerebro.
5. *Metástasis peritoneales:* diseminadas, pélvicas como el tumor de Krukemberg.

Presentación Clínica

Los rasgos clínicos dependen de:

- Edad
- Localización
- Extensión
- Tipo de tumor

No existen síntomas patognomónicos del C.A gástrico. Los hallazgos de masa palpable, ascitis o ganglios supraclaviculares son indicios de que es una enfermedad diseminada.

SINTOMAS DEL CANCER GÁSTRICO	
• Pérdida de peso.....	85%
• Dolor.....	69%
• Vómitos.....	43%
• Síntomas intestinales....	41%
• Anorexia.....	30%
• Disfagia.....	20%
• Nauseas.....	20%
• Nauseas y vómitos.....	19%
• Eructos.....	17%
• Hematemesis.....	6%
• Regurgitación.....	6%
• No síntomas.....	0.4%

Diagnostico

La secuencia recomendada de CA. Gástrico es⁸:

1. Examen físico completo.
2. Serie gastroduodenal con doble contraste para establecer el sitio de la lesión.
3. Endoscopia con biopsia y citología.
4. Laparotomía diagnóstica.

TAC y USG son de poco uso en el diagnóstico inicial. Son de uso para encontrar sitios de metástasis y extensión extra gástrica.

Marcadores tumorales tienen uso limitado en cáncer gástrico.

Tratamiento

Las modalidades terapéuticas que se utilizan son:

1. *Cirugía*: Pacientes con C.A. Gástrico localizado, paciente con cáncer no resecable completamente.
2. *Quimioterapia*: Los mejores resultados se obtiene combinando radioterapia y quimioterapia. Se indica en enfermedad residual localizada o inoperable.
3. *Radioterapia*: Si bien el tratamiento quirúrgico es la modalidad curativa, la quimioterapia puede ser muy beneficiosa. El esquema mas utilizado es el 5FU, Adriamicina y mitomicina, da una remisión parcial del 42%.

⁸ Manual Washington de Oncología; Ramaswamy Govindan, MD; Primera edición

METODOS Y MATERIALES

ÁREA GEOGRÁFICA

El Hospital San Juan de Dios de Santa Ana, ubicado en la zona sur oriente de Santa Ana, El Salvador, es una institución sanitaria hospitalaria pública de referencia de la región occidental con una oferta de servicios enmarcada en las cuatro áreas básicas de especialidad de la medicina y algunas subespecialidades, en los ámbitos de internación, emergencia y consulta ambulatoria, proyectados a la comunidad, brindando servicios de moderada complejidad.

Brindando entre sus servicios: Medicina Interna, Cirugía General, Pediatría, Gineco-Obstetricia además de subespecialidades afines.

Áreas de atención: Consulta externa, Hospitalización, Unidad de Emergencias, Sala de operaciones, Unidades de Cuidados Intensivos para Adultos, Pediátrica y Neonatología.

En Servicios de apoyo se cuenta con:

- Banco de sangre
- Salas de Operaciones
- Laboratorio Clínico
- Farmacia
- Servicios de Imagenología y rayos x
- Anatomía patológica
- Fisioterapia
- Prótesis y Órtesis
- Clínica del tabaco

TIPO DE INVESTIGACION

La investigación la presente trabajo es de tipo descriptiva retrospectiva tangencial. Descriptiva ya que se midieron las variables en estudio y retrospectiva por que se trabajó con hechos que se dieron en la realidad.

Estudios de tipo Descriptivos: describen la frecuencia y las características más importantes de un problema. Los datos proporcionados por estos estudios son esenciales para los administradores sanitarios así como para los epidemiólogos y los clínicos. Los primeros podrán identificar los grupos más vulnerables y distribuir los recursos según dichas necesidades y para los segundos son el primer paso en la investigación de los determinantes de la enfermedad y la identificación de los factores de riesgo.

Estudios de tipo retrospectivo: se realizan basándose en observaciones clínicas, o a través de análisis especiales, estos revisan situaciones de exposición a factores sospechosos, A partir de la frecuencia observada en cada uno de los grupos expuestos al factor en estudio se realiza un análisis estadístico.

UNIDAD DE ANALISIS

Población que consultó en Hospital San Juan de Dios de Santa Ana con diagnostico comprobado de Cáncer Gástrico, independientemente del estadio en los meses de Enero a Diciembre de 2011.

PERIODO DE INVESTIGACION

El período para la recolección de datos comprendido del 1 de enero de 2011 al 31 de Diciembre de 2011.

UNIVERSO

Se consideró como universo para dicho estudio, toda la población que se diagnosticó o que contaba con diagnóstico comprobado por biopsia de cáncer gástrico, independientemente de su estadio en el periodo de Enero a Diciembre de 2011.

MUESTRA

No se tomara muestra ya que para este estudio se tomara toda la población ya descrita.

CRITERIOS DE INCLUSION

- Pacientes atendidos en el hospital San Juan de Dios de Santa Ana en el Departamento de Cirugía a quienes se les diagnosticó cáncer gástrico durante el año 2011.
- Pacientes sexo masculino y femenino de nacionalidad Salvadoreña.
- Pacientes a quienes se les comprobó el diagnóstico de Cáncer Gástrico por medio de biopsia ya sea quirúrgica o endoscópica.

CRITERIOS DE EXCLUSION

- Pacientes a quienes se les diagnosticó cáncer gástrico antes o después del año 2011.
- Pacientes con sospecha de cáncer gástrico pero que aun no cuentan con biopsia.
- Pacientes que no sean de nacionalidad salvadoreña.

VARIABLES

- Variables epidemiológicas:
 - Edad
 - Sexo
- Sintomatología predominante

- Pérdida de peso
- Dolor abdominal difuso
- Pirosis
- Masa abdominal
- Anorexia
- Disfagia
- Dispepsia
- Vómitos
- Sangrado de tubo digestivo superior e inferior
- Método de diagnóstico:
 - Radiológico
 - Endoscópico
 - Histopatológico
- Tipo de procedimiento quirúrgico realizado.
- Sitio anatómico más frecuente.
- Tipo histológico más frecuente.
- Numero de seguimientos post-cirugía.

FUENTE DE INFORMACION

- PRIMARIOS
 - Médicos de Staff.
 - Pacientes de unidad de emergencia y consulta externa.
 - Familiares que acompañan paciente.
- SECUNDARIOS
 - Expediente.
 - Censo de epidemiología.
 - Registros de Sala de operaciones.
 - Registros de Patología.

PROCEDIMIENTO

Para el cumplimiento de los objetivos del trabajo de investigación se utilizarán matrices de vaciamiento de información para recolección de datos. La matriz será llenada a lápiz en una fotocopia del texto original, utilizando el expediente clínico, método diagnóstico y resultado de biopsia de patología.

PROCESAMIENTO Y ANALISIS DE INFORMACION

La realización de dicho estudio se llevó a cabo mediante un análisis de tipo descriptivo, utilizando medidas de tendencia central y de distribución de frecuencia, además de tecnología computarizada para el procesamiento de los datos recolectados. Como SPSS y epi e info De igual manera los datos se presentan haciendo uso de gráficos de barras y tablas, a través de los programas Excel y Microsoft Word.

Los datos serán recolectados por medio de una revisión individual de cada expediente a través de la aplicación de la unidad recolectora de datos.

UNIDAD RECOLECTORA DE DATOS

EXPEDIENTE:
EDAD:
SEXO:
FECHA DE CONSULTA:
SINTOMAS DE CONSULTA:
METODO DIAGNOSTICO:
VARIEDAD HISTOPATOLOGICA:
TRATAMIENTO:
ESTADO DEL PACIENTE:

CONSIDERACIONES ETICAS

Actualmente, todos los estudios de investigación deben cumplir con las exigencias éticas para proteger los datos e información personal de cada paciente.

En nuestro estudio hemos omitido el uso de nombres de los pacientes involucrados previa autorización por las autoridades hospitalarias competentes; para lo que le otorgamos un número correlativo a cada expediente de esta manera nos cercioramos que la identidad del paciente quede protegida.

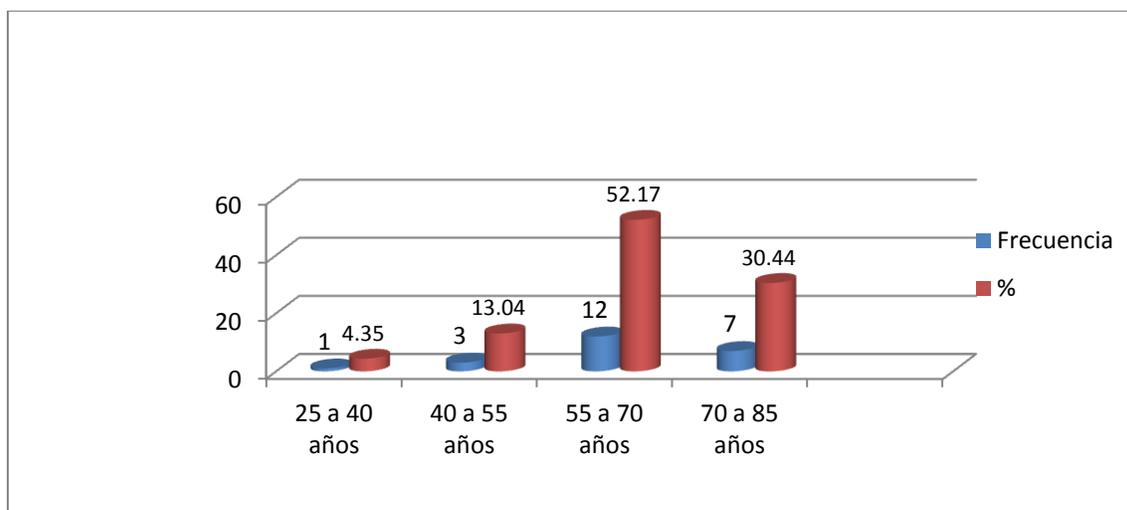
La finalidad de los datos obtenidos es únicamente descriptiva y de carácter anónimo, pretendiéndose impactar en la salud de la sociedad salvadoreña.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDAD	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
Entrega de protocolo	✓			
Recolección de expedientes	✓	✓		
Recolección de datos		✓		
Tabulación de datos			✓	
Análisis de datos			✓	
Presentación preliminar				✓
Presentación final				✓

ANALISIS DE RESULTADOS

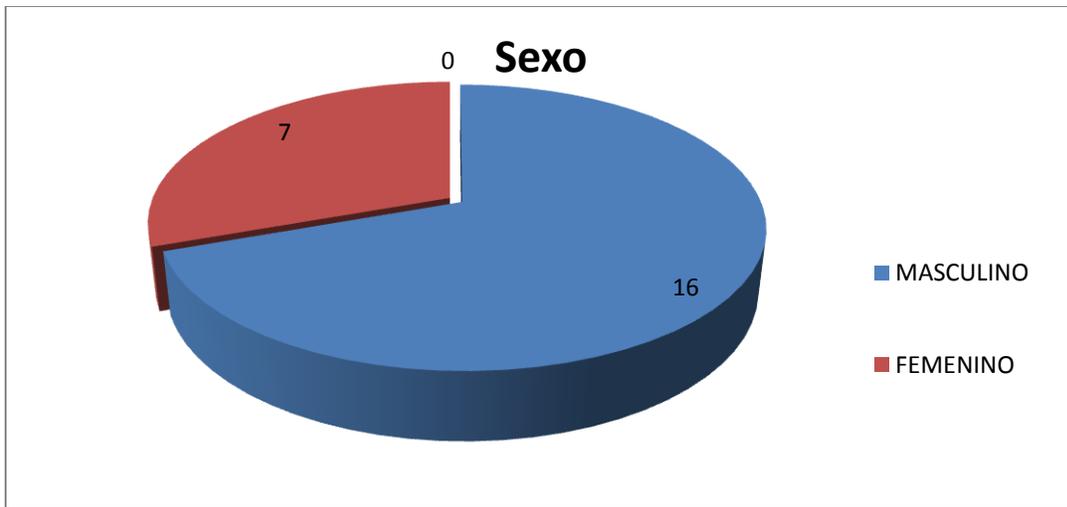
Grafica 1: Grupos Etáreos de pacientes atendidos



La gráfica demuestra que el grupo etareo mas afectado corresponde a pacientes entre las edades de 55 y 77 años con 12 pacientes lo cual corresponde al 52.17 % lo cual es congruente con los datos reportados en la revisión realizada en el 2007 por los Dres. Mejía y Duarte en este mismo centro⁹; seguido siempre por pacientes de tercera edad pero en el rango de 70 a 85 años con 7 pacientes que equivale al 30.44%, siendo el grupo de menor incidencia el de pacientes menores de 40 años en donde se reporto un caso el cual equivale al 4.35% el cual fue una paciente del sexo femenino de 26 años que fue diagnosticada con adenocarcinoma bien diferenciado por medio de una biopsia tomada por gastroscopia por cuadros a repetición de gastritis, y que fue intervenida satisfactoriamente; seguido por los pacientes de 40 a 55 años en los cuales se reportaron 3 casos que equivalen al 13.04% del total de casos reportados en la presente revisión.

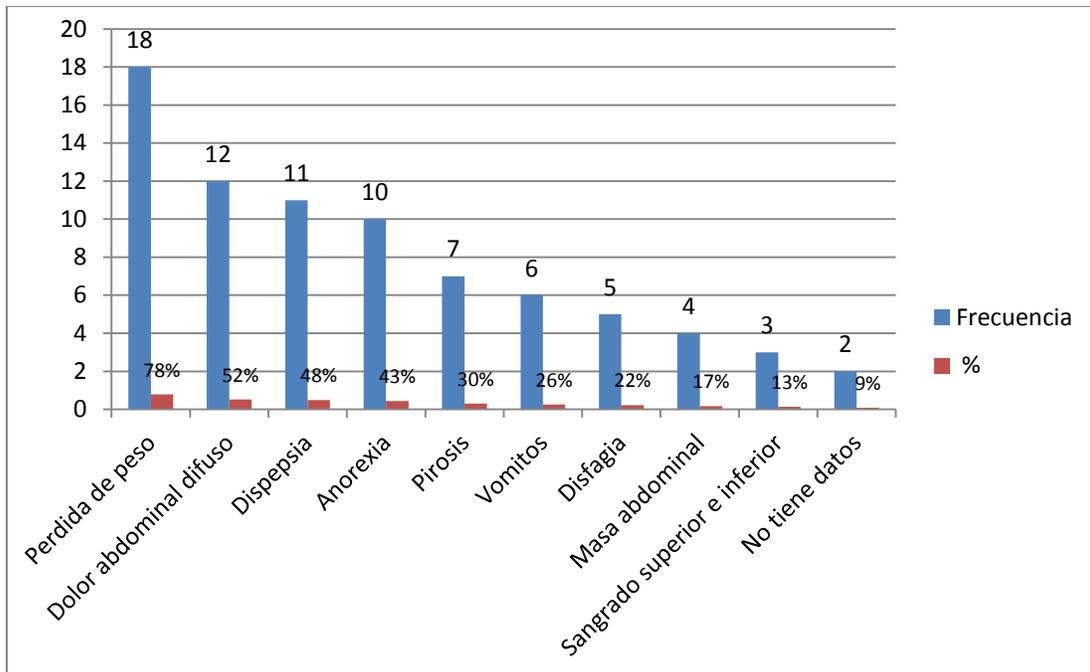
⁹ Incidencia del cáncer gástrico en el Hospital Nacional San Juan de Dios de Santa Ana durante los años 2005-2007; Dr. H. Duarte – Dr. J. Mejía; Santa Ana, Octubre 2007

Grafica 2: Incidencia por Sexo del Paciente



En lo que respecta a la incidencia de sexo, podemos ver una mayor cantidad de pacientes del sexo masculino, con un total de 16 pacientes de un total de 23, lo cual representa un 70%, mientras los pacientes del sexo femenino fueron únicamente 7, obteniendo una relación básicamente de 2 a 1.

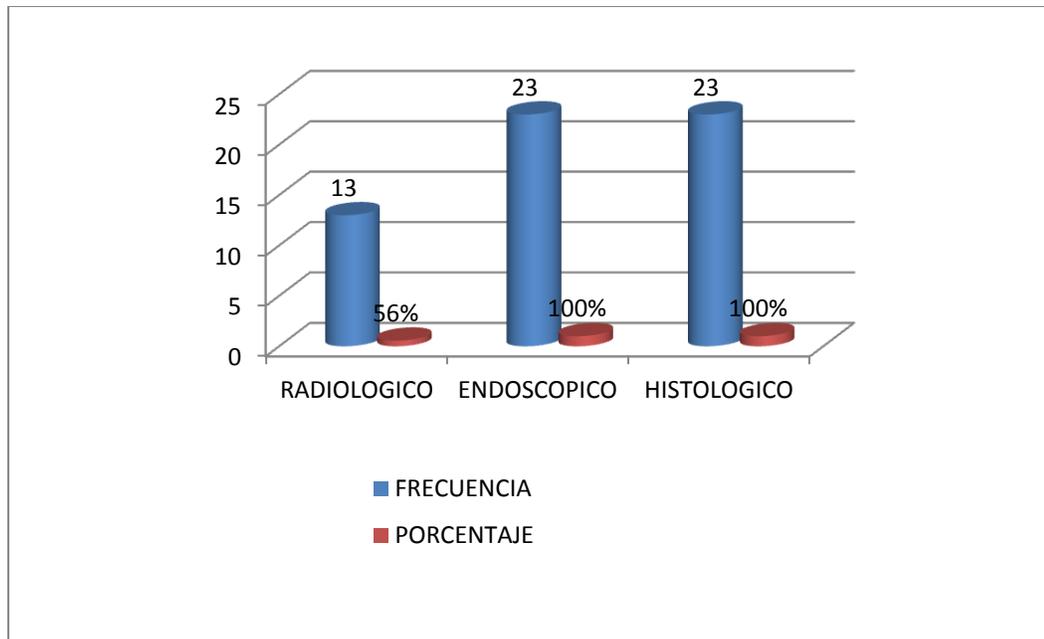
Grafica 3: Sintomatología



De acuerdo a la sintomatología presentada por la población de pacientes, el síntoma predominante fue la pérdida de peso con el 78% (18 pacientes), seguido de dolor abdominal difuso con un 52% (12 pacientes) y dispepsia 48% (11 pacientes); siendo estos los tres principales motivos de consulta; seguidos de anorexia 43% (10 pacientes), pirosis 30% (7 pacientes), vómitos 26% (6 pacientes), disfagia 22% (5 pacientes) masa abdominal 17% (4 pacientes) y por ultimo sangrado de tubo digestivo, ya sea inferior o superior que solo se reportaron 3 pacientes.

Asimismo se reportaron 2 casos en los cuales no había datos previos de sintomatología en los pacientes, esto debido a pacientes mayores en los cuales eran cuidados por personas particulares y fueron llevados a consultar por familiares que no aportaban mayores datos.

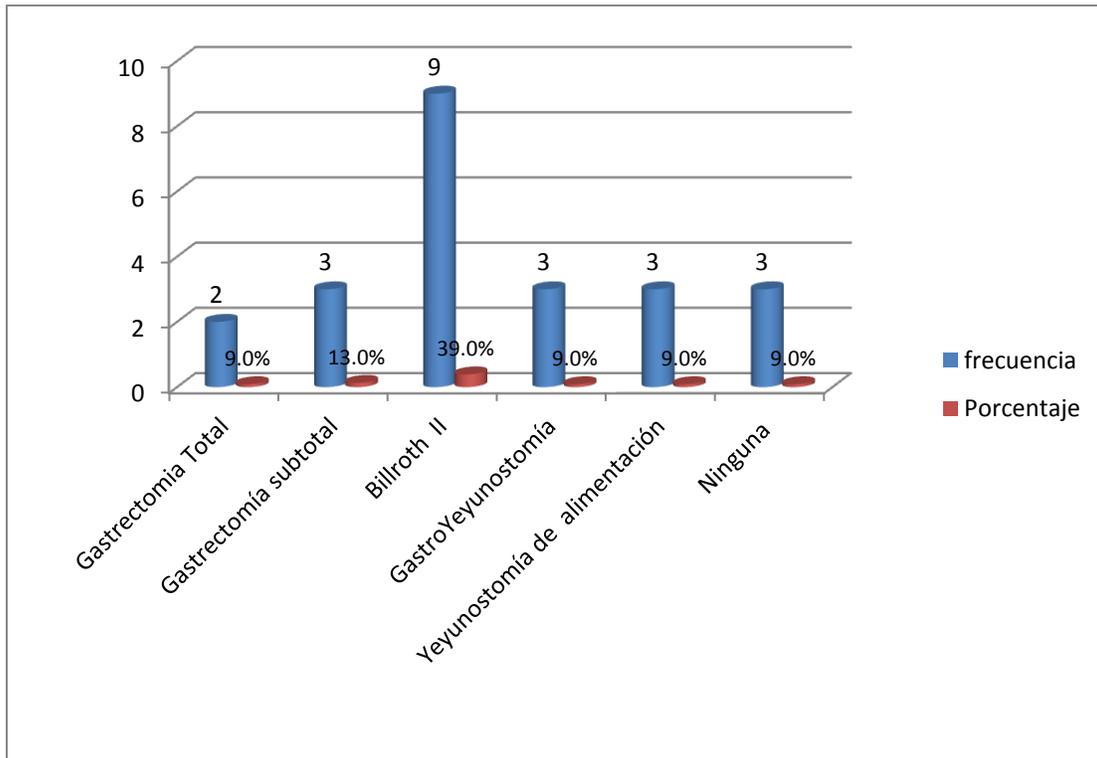
Grafica 4: Métodos de Diagnostico



El método diagnóstico más utilizado en la población fue el método endoscópico, es decir la gastroscopia la cual se realizó en el 100% de los pacientes, acompañado de la respectiva biopsia histopatológica también en un 100%,

Únicamente el 56% presentó estudio radiológico el cual se utilizó como apoyo diagnóstico o complementario los cuales incluyen ultrasonografía, tubo digestivo superior o TAC abdominal.

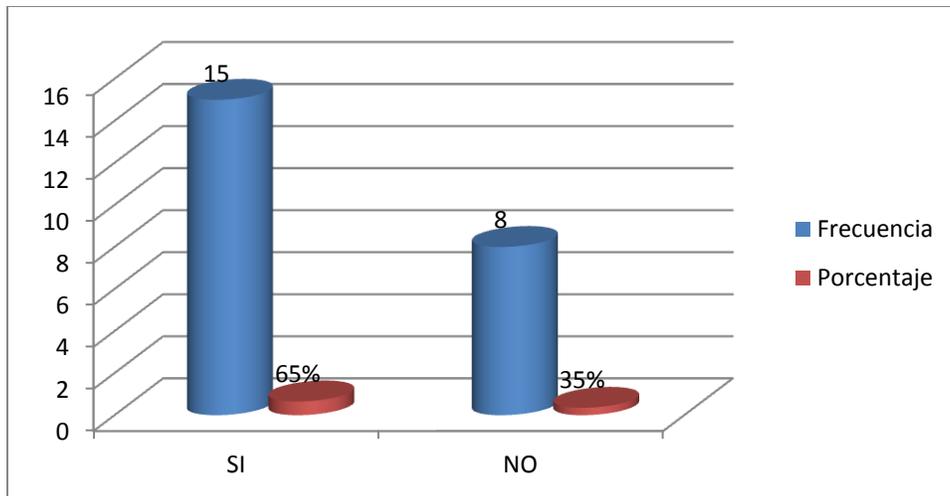
Grafica No 5: Procedimiento Realizado



Los procedimientos realizados a los pacientes de la presente revisión fueron diversos, encontrándose a la cabeza la Gastro-yeyuno anastomosis tipo Billroth II a 9 pacientes (39%), seguido de Gastrectomía subtotal que se realizo en 4 pacientes (13%), luego se realizo Gastroyeyunostomía sin resección en 3 pacientes (9%) al igual que Yeyunostomía de alimentación en igual número, y por último a 3 pacientes (9%) no se les realizo ningún procedimiento debido a que eran pacientes con enfermedad avanzada o invasiva y tanto ellos como los familiares no aceptaron la cirugía al momento de firmar el consentimiento escrito.

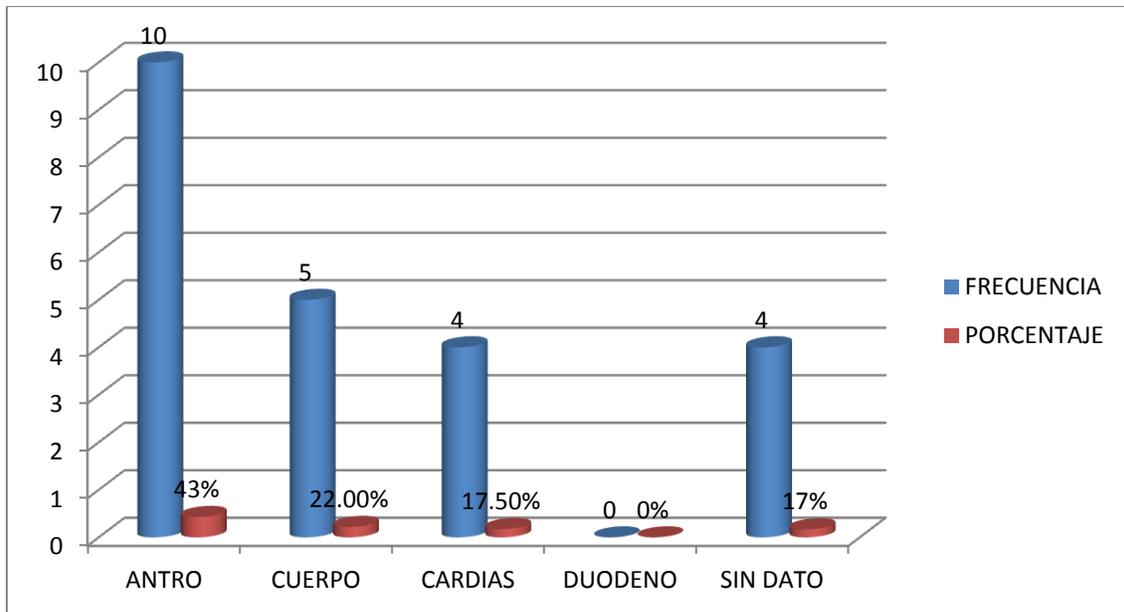
Hubo un caso, el cual fue un paciente a quien ya previamente se le había realizado una Gastro-yeyuno anastomosis quien consulto con nueva sintomatología de dolor abdominal, realizándosele nuevamente Laparotomía Exploradora encontrando inflamación y estenosis de la anastomosis, realizándole únicamente una reconfección de la anastomosis Gastro-yeyuno, además se tomo biopsia la cual reporto únicamente tejido inflamatorio sin ninguna malignidad.

Grafica No 6: Seguimiento Post-cirugía



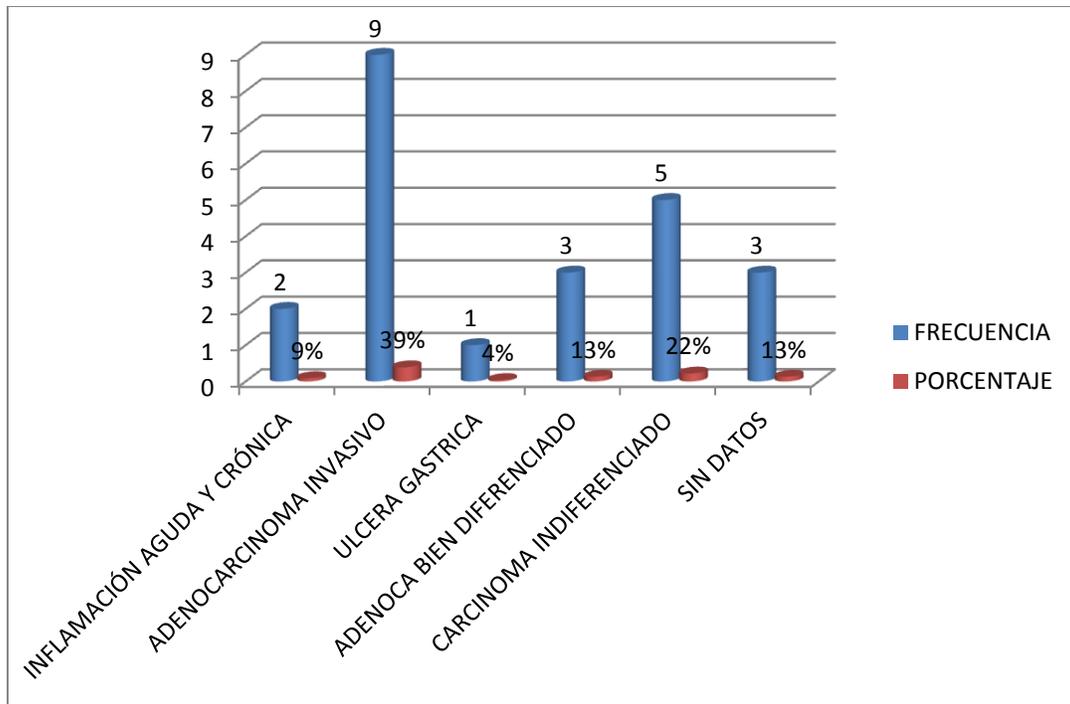
Debido a que el éxito del tratamiento del cáncer gástrico se mide a través de la supervivencia a lo largo de los primeros 5 años posterior a la cirugía, decidimos investigar que pacientes de esta revisión aun se encuentran en control o han asistido a sus citas de seguimiento, encontrando que del total de la población 15 pacientes (65%) aun se encuentran en seguimiento al momento de la revisión; los 8 restantes (35%) no han asistido o tienen su seguimiento incompleto.

Cuadro No 7: Sitio anatómico más frecuente



Dentro de los sitios anatómicos más frecuentes encontrados en este trabajo, el más frecuente fue el Antro gástrico encontrado en 10 pacientes (43%) seguido del Cuerpo encontrado en 5 pacientes (22%) y por último la región del Cardias en 4 pacientes (17.5%). Los 4 pacientes sin dato se refieren a los 3 que no aceptaron intervención quirúrgica y el paciente ya previamente intervenido que no reporto malignidad.

Cuadro No 8: Tipo histológico más frecuente



El tipo histológico más frecuente reportado fue el Adenocarcinoma Invasivo encontrado en 9 pacientes (39%), seguido del carcinoma indiferenciado en 5 pacientes (22%), en tercer lugar el Adenocarcinoma bien diferenciado en 3 pacientes (13%), por ultimo inflamación tanto aguda como crónica y ulcera gástrica con 2 (9%) y 1 (4%) casos reportados.

El 13% correspondiente a 3 casos en los cuales no se reportaron datos.

CONCLUSIONES

- En el presente estudio el rango de edad más frecuente fue arriba de los 55 años donde se reportaron 19 pacientes de los 23 estudiados.
- La relación Hombre – Mujer encontrada fue prácticamente de 2:1.
- El síntoma más frecuentemente encontrado fue la pérdida de peso en un 78% acompañado principalmente de dolor abdominal difuso y dispepsia.
- A diferencia del estudio realizado hace 5 años, el total de pacientes estudiados presentaron endoscopia gástrica mas toma de biopsia es decir un 100%.
- La cirugía más frecuentemente realizada fue la Billroth II en un 39% seguida por la Gastrectomía subtotal en 13% y la Gastrectomía total en un 9%.
- Se realizo procedimiento paliativo, es decir Yeyunostomía de alimentación en 9% de los pacientes.
- El tipo histológico más frecuente encontrado fue el Adenocarcinoma Invasivo se encontró en 39% de los pacientes.
- El sitio anatómico afectado con mayor frecuencia fue el Antro gástrico, el cual se vio afectado en el 43% de los pacientes.
- El 65% de los pacientes ha continuado sus controles de seguimiento, mientras el 35% restante o no asistió o ha asistido únicamente de forma ocasional.

RECOMENDACIONES

- Realizar una vigilancia epidemiológica de la incidencia y prevalencia de esta enfermedad en nuestro medio.
- Elaborar una herramienta de recopilación de datos epidemiológicos relevantes relacionados a esta patología.
- Estandarizar normas o protocolos intrainstitucionales para manejo de pacientes con cáncer gástrico.
- Establecer pruebas de tamizaje para diagnóstico temprano tales como gastroscopias de rutina en pacientes mayores de 40 años
- Por medio de lo anterior clasificar, o estadificar de forma adecuada a cada paciente previo a la cirugía para un mejor resultado.
- Realizar otros estudios o seguimiento intrahospitalario del paciente para determinar el tiempo que pasa desde el diagnóstico hasta el tratamiento final.
- Mejorar la educación del paciente para concientizar la importancia de los seguimientos post-quirúrgicos para determinar el éxito o fracaso del tratamiento.

ANEXOS

Cuadro No 1: Pacientes atendidos por grupos de edad

GRUPO DE EDAD	FRECUENCIA	%
25 a 40 años	1	4.35%
40 a 55 años	3	13.04%
55 a 70 años	12	52.17%
70 a 85 años	7	30.44%
Total	23	100.0%

Cuadro No 2: Incidencia según sexo

SEXO	FRECUENCIA	%
MASCULINO	16	69.6 %
FEMENINO	7	30.4 %
TOTAL	23	100.0%

Cuadro No 3: Sintomatología

SINTOMATOLOGIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Pérdida de Peso	18	78.0 %
Dolor abdominal difuso	12	52.0 %
Pirosis	7	30.0 %
Masa Abdominal	4	17.0 %
Anorexia	10	43.0 %
Disfagia	5	22.0 %
Dispepsia	11	48.0 %
Vómitos	6	26.0 %
Sangrado superior e inferior	3	13.0 %
No datos	2	9.0%
Total	23	

Cuadro No 4: Métodos de diagnóstico

METODO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Radiológico	13	56.0 %
Endoscópico	23	100.0 %
Histológico	23	100.0 %
Total	23	

Cuadro No 5: Procedimiento realizado

CIRUGÍA REALIZADA	FRECUENCIA	%
Gastrectomía Total	2	9.0 %
Gastrectomía subtotal	3	13.0 %
Billroth II	9	39.0 %
GastroYeyunostomía sin resección	3	9.0 %
Yeyunostomía de alimentación	3	9.0 %
Ninguna	3	9.0 %
Total	23	

Cuadro No 6: Seguimiento post cirugía

SEGUIMIENTO	FRECUENCIA	%
SI	15	65.0 %
NO	8	35.0 %
TOTAL	23	100.0 %

Cuadro No 7: Sitio anatómico más frecuente

SITIO	FRECUENCIA	%
Antro	10	43.0 %
Cuerpo	5	22.0 %
Cardias	4	17.5 %
Duodeno	0	0.0 %
No datos	4	17.5 %
Total	23	100.0%

Cuadro No 8: Tipo histológico más frecuente

TIPO	FRECUENCIA	%
Adenocarcinoma invasivo	9	39.0 %
Carcinoma indiferenciado	5	22.0 %
Adenocarcinoma bien diferenciado	4	13.0 %
Inflamación aguda y crónica	2	9.0 %
Úlcera gástrica	1	4.0 %
Sin datos	3	13.0 %
Total	23	100.0 %