

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR BIBLIOTECA CENTRAL



INVENTARIO: 10126183

FACULTAD DE MEDICINA

# CONTRIBUCION AL ESTUDIO DEL CANCER GASTRICO EN EL SALVADOR

TESIS DOCTORAL

PRESENTADA POR

ANGEL ALFONSO SANCHEZ GONZALEZ

PREVIA OPCION DEL TITULO DE

DOCTOR EN MEDICINA



MAYO DE 1966

378. / 284  
ES-T.M.  
211C  
966

Ej. 2 - 18940

U N I V E R S I D A D   D E   E L   S Á L V A D O R

RECTOR:

Dr. Fabio Castillo

SECRETARIO GENERAL:

Dr. Mario Flores Macal

F A C U L T A D   D E   M E D I C I N A

DECANO:

Dr. Juan José Fernández h.

SECRETARIO:

Dr. Enrique Muysbondt C.

616.99433

S 211 e

1966

F. med

y. e

18340

JURADOS QUE PRACTICARON

LOS EXAMENES PRIVADOS DE DOCTORAMIENTO

CLINICA OBSTETRICA:

Presidente: Dr. Antonio Lazo Guerra  
Primer Vocal: Dr. Jorge Alberto Escobar  
Segundo Vocal: Dr. Ángel Quan

CLINICA QUIRURGICA:

Presidente: Dr. Salvador Infante Díaz  
Primer Vocal: Dr. Mario Reni Roldán  
Segundo Vocal: Dr. Víctor Manuel Pino

CLINICA MEDICA:

Presidente: Dr. Juan José Fernández  
Primer Vocal: Dr. Donaldo Moreno  
Segundo Vocal: Dr. Gustavo Oriani h.

DOCTORAMIENTO PUBLICO:

PRESIDENTE:

Dr. Roberto Masferrer

PRIMER VOCAL:

Dr. Nasif Juan Hasbún

SEGUNDO VOCAL:

Dr. Emin Roberto Hasbún

A G R A D E C I M I E N T O   E S P E C I A L

al     Dr. Roberto Masferrer

y

al     Dr. Juan Nasif Hasbún

D E D I C A T O R I A:

CON TODO AMOR Y APRECIO A MIS PADRES:

MIGUEL A. GONZALEZ GARCIA

CARMEN SANCHEZ

A MIS HERMANOS:

SALVADOR

MARIA EMILIA

GIRMA

ROSA

A MI SEÑORA:

ANA LIDIA

Y A MI HIJO:

ALFONSITO

A MIS DEMAS FAMILIARES

A MIS MAESTROS

A MIS AMIGOS

CONTRIBUCION AL ESTUDIO DEL CANCER GASTRICO EN EL SALVADOR

Contenido:

INTRODUCCION

- I.- CASUISTICA
- II.- ESTUDIO CLINICO
- III.- ESTUDIO DE LABORATORIO
- IV.- ANATOMIA PATOLOGICA
- V.- TRATAMIENTO
- VI.- CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

BIBLIOGRAFIA

## I N T R O D U C C I O N

He escogido como tema de tesis el cáncer gástrico porque, a través de mi estudio de Medicina, me llamaron mucho la atención los pacientes que adolecían de tan grave enfermedad; además pude en algunos casos seguir la evolución de los mismos en los servicios de medicina o cirugía del Hospital Rosales.

El estudio fue realizado en los archivos del Departamento de Anatomía Patológica; de 78.575 biopsias del período de 1946 a 1964 en las que se encontraron 290 casos de cáncer gástrico. Se estudiaron, además 3.876 Autopsias del año de 1945 a 1964, en las que se encontraron 74 casos de cáncer gástrico.

El estudio clínico se basa en el análisis de 261 pacientes con cáncer gástrico, cuyo cuadro clínico pudo ser obtenido del archivo del Hospital Rosales.

El Cáncer Gástrico ha sido en El Salvador motivo de estudios e importantes trabajos, así como también tema de tesis doctorales que han tratado sobre el cáncer en general, pero que han destacado en su desarrollo la importancia de los canceres del estómago.

El primer trabajo importante sobre el cáncer del estómago realizado en El Salvador fue el de Cáceres Bustamante y Montalvo quienes en 1943 informaron sobre 53 casos, de los cuales ninguno fue sometido a gastrectomía como método de tratamiento. (Citado por Infante Díaz pp 340).



Posteriormente, en noviembre de 1964 Infante Díaz publicó importante trabajo titulado "Cáncer en El Salvador", en el que analiza 78 autopsias de cáncer gástrico en el Hospital Rosales, o sea el 16.3 por ciento de la serie de cáncer en general por él estudiado.

Otro importante trabajo, que trata exclusivamente sobre el Adenocarcinoma gástrico, fue realizado por Hasbún, en la década de 1954-1963, en el Hospital Rosales. Este trabajo fue presentado en el XVI Congreso Médico Nacional; en él se llegan a conclusiones y recomendaciones muy importantes.

Finalmente, en 1963 Astacio y Castro Quezada, publicaron en los Archivos del Colegio Médico de El Salvador, el estudio de 9 casos de Plasmocitomas Gastro-intestinales, en el que se analizan 4 casos de plasmocitomas gástricos.

Al desarrollar el presente trabajo, lo he hecho con la única finalidad de conocer mejor nuestra patología; esperando que en el futuro, mejores trabajos sean realizados con el mismo fin.

Agradezco sinceramente, la colaboración desinteresada y oportuna que me han prestado Profesores y Maestros.

I.- C A S U I S T I C A

Nombre: L. F. V. de E. Registro: B19115

Edad: 84 a. Autopsia: No. 64210

Sexo: femenino

Ocupación: Oficios domésticos

Origen: Comasagua, La Libertad.

Diagnóstico clínico: Síndrome de Hamman Rich. Neo gástrico.

Historia: Refiere la paciente que desde hace un mes presenta dolor en el epigástrico, tipo cólico, que se le exacerbaba con las comidas, --acompañándose de náuseas pero no de vómitos; al mismo tiempo ha notado pérdida de peso, tos productiva y disnea de esfuerzo.

Antecedentes: Histerectomía total hace 12 años.

Examen físico: Paciente anciana, pálida, quejumbrosa y disneica.

Tensión arterial de 100/50 y temperatura de 37.2°C.

Presentaba tiraje supraclavicular e intercostal, bilateral moderado.

Tórax: cardiovascular negativo. Pulmonar: Hay abundantes sibilancias y estertores crepitantes en ambos campos pulmonares.

Abdomen: blando y depresible, hígado palpable a 1cm. b.r.c.d., doloroso a la palpación. Hay además una tumoración dura supraumbilical de bordes irregulares.

Impresión clínica: Neoplasia Gástrica, con Metástasis pulmonares. Tuberculosis pulmonar.

Exámenes de Laboratorio: 13/VIII/64: sangre oculta en heces positiva 4

dio e inferior derecho y de la base del lóbulo superior izquierdo. Estos cambios pueden ser debidos a bacilosis pulmonar avanzada, o a una infiltración carcinomatosa pulmonar.

17/VIII/64: Sangre: Hb 9.5 gr. %. GB 14.000 x mmc.

20/VIII/64: Radiografía de tórax: Hay aumento de densidad de casi todos los campos pulmonares, probablemente debido a una neumonitis crónica intersticial, hay además enfisema.

Tratamiento: Gantrisin, sulfato ferroso, rimifón, estreptomycin, piridoxina, fenergán y líquidos parenterales.

Evolución: Esta paciente ingresó al Hospital Rosales el 18/VIII/64 - presentó en el servicio un cuadro severo de insuficiencia pulmonar y falleció el 2/IX/64. Durante estos 15 días sólo recibió tratamiento médico.

#### DIAGNOSTICO ANATOMICO:

- I.- Adenocarcinoma Gástrico, curvadura menor, 7 x 4 cms. a 4 cm. del Píloro con:
  - a) Metástasis Ganglionar, curvatura menor.
  - b) Metástasis Ganglionar Peri-pancreática.
  - c) Metástasis hepática, un nódulo de 1cm. de diámetro.
  - d) Metástasis pulmonares múltiples.
- II.- Enfisema pulmonar bilateral.
- III.- Fibrosis pulmonar.
- IV.- Hipertrofia Cardíaca 440 grs., Vi 1.2cm.s; Vd 0.4 cms. de grosor.
- V.- Fibrosis Miocárdica, septal focal.

2o. Caso:

Nombre: E. G. M. Registro: 15050-64

Edad: 62 años. Autopsia: 64-128

Sexo: masculino

Ocupación: jornalero

Origen: La Libertad

Fecha de ingreso: 1o. de Junio de 1964

Fecha de defunción: 4 de Junio de 1964

Diagnóstico clínico: Carcinoma Gástrico perforado. Inoperable.

Historia: Desde hace 3 meses refiere sentirse mal, con anorexia, dolor epigástrico y dolor en el pecho, con pérdida de peso, cámaras diarreicas desde el principio de la enfermedad. Desde hace 3 días presenta tos con expectoración mucopurulenta.

Examen físico: Paciente desnutrido, pálido y anémico. Tórax: pulmonar presenta roncus en ambas bases, cardiovascular taquicardia.

Abdomen: blando, depresible, moderadamente prominente, hay masa abdominal dura, que parece corresponder al hígado, no dolorosa.

Impresión clínica: Neoplasia Gástrica.

Exámenes de Laboratorio:

1/VI/64: Hemoglobina 8 grs. %. Hematócrito 25%.

6/VI/64: Radiografía de tórax: Sombra cardíaca de tamaño normal, hay elongación de la aorta, pulmonar sano.

8/VI/64: Radiografía de estómago y duodeno: Hay dilatación del esófago, el estómago está marcadamente dilatado, con irregularidad y prominencia de la mucosa, que pudiera ser debido a un proceso neoplásico

Debido a la condición del enfermo no fue del todo satisfactorio el examen.

Tratamiento: A) Médico: Dieta de ulceroso, Vitaminas, Aldrox, Cromaxín, líquidos parenterales, incluyendo transfusiones en cantidad de 3.100 - gr. de sangre.

Tratamiento Quirúrgico: Este paciente fue intervenido quirúrgicamente de emergencia, por hematemesis masiva y shock hemorrágico.

Descripción de la técnica operatoria: Se practica con anestesia endotraqueal, laparotomía exploradora, habiéndose encontrado la curvatura menor del estómago infiltrada, perforada y adosada a la cara inferior del lóbulo izquierdo del hígado, además había tejido necrótico y gran cantidad de coágulos que se aspiran.

Se sutura perforación con seda intestinal, interponiendo segmentos -- del epiplón mayor, se dejan drenos supra e infra hepáticos.

Operación: Laparotomía exploradora, sutura de la perforación y - toma de biopsia.

Impresión: Carcinoma Gástrico inoperable.

Evolución: Este paciente ingresó al hospital, el lo. de Junio de -- 1964, en el servicio presentó hematemesis severa que lo condujo a una anemia aguda y shock hemorrágico, por lo cual se le practicó el 3/VI/64 Laparotomía exploradora; comprobándose proceso ulceroso neoplásico, perforado e inoperable; el paciente falleció el 4/VI/64, después de - tres días del ingreso.

DIAGNOSTICO ANATOMICO:

1.- Adenocarcinoma Gástrico con:

9 cm. de diámetro mayor.

c) Hemorragia Gastro-intestinal, 1000 cc. aproximadamente.

- II.- Peritonitis Aguda y Crónica.
- III.- Derrame peritoneal, 800 cc. serosanguinolento.
- IV.- Periesplenitis Crónica.
- V.- Perihepatitis Crónica.
- VI.- Pleuritis Crónica izquierda (adherencia del lóbulo superior, la pared costal y de la base al diafragma).
- VII.- Adenoma Cortical de la supra-renal izquierda de 3 cm. de diámetro.
- VIII. Hernia Inguino-escrotal derecha.

Caso No. 3:

Nombre: E.N.V.      Registro: 8395-64      Autopsia: 64:142

Edad: 69 años

Sexo: masculino

Ocupación: jornalero

Origen: Apastepeque

Fecha de Ingreso: 20/VII/64

Fecha de defunción: 20/VII/64

Diagnóstico Clínico: Carcinoma Gástrico.

Historia: Cx: Enfermedad del estómago.

Refiere al paciente que desde hace 2 años presenta dolor en el epigastrio, con sensación de ardor y sin relación con las comidas y que además le dificultaba la respiración. Desde hace 3 meses nota el apareci

un mes antes de la consulta presentó cámaras diarreicas en número de tres al día, color chocolate y que se curó a los tres días con bismutina.

Antecedentes: No contributorios.

Examen físico: Paciente anciano, pálido y desnutrido.

Tórax: cardiovascular, hay soplo sistólico grado I en el ápex y pulmón negativo.

Abdomen: blando, depresible en el epigastrio y parte del hipocondrio derecho, se palpa una masa regular dolorosa, desplazable con la respiración. El hígado era doloroso a la percusión. Bazo negativo. El tacto rectal fue negativo.

Impresión clínica: Neoplasia Gástrica.

Exámenes de Laboratorio: 20/III/64: Proteínas totales 4.59 gr. %; Hemoglobina 8.9 gr.%; 25/III/64: Radiografía del tórax negativa; 21/III/64: Sangre oculta en heces positiva 4 +; 29/IV/64: Radiografía del estómago y duodeno: Hay carcinoma extenso de la región antral.

Tratamiento:

Médico: Vitaminas, sulfato ferroso, antidiarreicos y sulfamidas.

DIAGNOSTICO ANATOMICO:

Adenocarcinoma gástrico, forma ulcerosa en la curvatura menor del estómago, a 1.5 cm. del píloro, de 6.5 cm.; con metástasis a:

- a) Ganglios de la curvatura menor del estómago
- b) Ganglios Periportales
- c) Trombosis cancerosa de la vena porta (10 cms. de largo por

d) Hígado, varios nódulos (lóbulo izquierdo 10 x 7 cm., lóbulo derecho 3 x 5 cm. 2 x 1 cm.)

II.- Arterioesclerosis Aórtica grado II B.

III.- Enfisema pulmonar focal moderado.

IV.- Hiperplasia Benigna de la próstata.

V.- Ascitis (100 cc)

VI.- Derrame Pleural izquierdo ( 300cc)

VII.- Edemas de miembros inferiores.

Caso No. 4.-

Nombre: J. V. M. Registro: 75684. Autopsia: 1702

Edad: 35 años

Sexo: masculino

Ocupación: jornalero

Origen: Santo Tomás

Fecha de ingreso: 28/XI/57.

Fecha de defunción: 23/XII/57

Diagnóstico clínico: Carcinoma Gástrico.

Historia: Cx: dolor en el hígado.

Refiere el paciente que desde hace 3 meses nota dolor suave en el epigastrio, con irradiación a la espalda y ambas regiones subcostales; -- también se ha acompañado de anorexia, náuseas y vómitos, pérdida de peso progresivo, lo mismo que un tinte amarillo de ojos y piel, sin prurito; una masa tumoral en el epigastrio de crecimiento progresivo, lo mismo que la presencia de cámaras de color negras y orinas de color --



Examen físico:

Temperatura 37° C., pulso 80 x m. T.A. 110/90.

Paciente adulto, tranquilo que colabora al interrogatorio, tegumento moreno, pero icterico, con ausencia del panículo adiposo, escleróticas ictericas.

Tórax: pulmonar hay matidez en ambas bases y disminución del murmullo vesicular. Cardiovascular es negativo.

Abdomen: Es prominente, doloroso en el epigastrio, donde se aprecia tumoración grande como del tamaño de una cabeza fetal a término, doloroso a la presión, nodular e irregular, poca movilidad, bajo el reborde costal derecho se palpa pequeña tumoración renitente que parece corresponder a la vesícula biliar distendida, (signo de Courvoisier) hay ascitis en la cavidad abdominal. El bazo es negativo, había circulación complementaria en tórax y abdomen y ligero edema de miembros inferiores.

No se practicó tacto rectal.

Exámenes de Laboratorio: Hemoglobina 9,6 gr. %.

Glóbulos blancos 6.700, linfocitos 27, monocitos 1, neutrófilos 70, eosinófilos 2, Bilirrubina total 3.38 gr. %, Bilirrubina directa: 7 mgs. %, Bilirrubina indirecta: 1.36 mgs. %, fosfatasa alcalina: 15 U Bodansky. Reacción de Hanger +. Timol 9 u, proteínas totales: 5.92 gr.%; sero-albúmina: 2.86 gr. % y sero-globulinas: 3.06 gr.%. Relación albúmina-globulina: 0.93.

Radiografía de tórax y abdomen: Tórax es negativo. Abdomen hay a--

Radiografía de estómago y duodeno: Hay infiltración de todo el asa duodenal, por una lesión neoplásica que puede corresponder a la cabeza del páncreas.

Tratamiento:

El 21 de diciembre de 1957, se practica laparotomía exploradora al abrir cavidad sale abundante líquido ascítico y se encuentra gran tumoración que implica la mitad del estómago, con invasión al peritoneo y al epiplón. Se toma biopsia del epiplón infiltrado.

Al explorar, se observa gran hemorragia en capa, se hace ligadura por transfisión y se tapona el gel-foam. Se cierra cavidad abdominal por planos. El paciente recibió 300 gr. de sangre durante la intervención, le duró 40 minutos y falleció 6 horas después de la misma. La biopsia del epiplón fue contestada como metástasis de adenocarcinoma muy indiferenciado.

Evolución: El paciente ingresó al hospital afebril, en el servicio presentó un proceso febril el cual cedió con tratamiento de Aralén, posteriormente volvió a presentar fiebre el día de su muerte 38.3°C.

DIAGNOSTICO ANATOMICO:

- I.- Plasmocitoma Gástrico región pilórica.
- II.- Plasmocitoma Peritoneal.
- III.- Plasmocitoma del Epiplón.
- IV.- Plasmocitoma del tejido Peripancreático.
- V.- Plasmocitoma del tejido que rodea el colon ascendente y transverso.

VI.- Plasmocitoma del tejido Perineural derecho

- VII.- Hiperemia Pulmonar.
- VIII.- Derrame Pleural izquierdo, 300 cc. sanguinolento.
- IX.- Hiperemia Hepática.
- X.- Derrame Intra-peritoneal sanguinolento 900 cc.

ACCESORIO

- I.- Alveolitis fibrinosa en resolución.
- II.- Edema Pulmonar.

## II.- ESTUDIO CLINICO =====

El cáncer gástrico, especialmente el adenocarcinoma, es una neoplasia muy frecuente en la raza humana.

Se observa con mayor frecuencia en personas de 30 años en adelante, habiendo un ligero predominio del sexo masculino sobre el femenino, como se podrá apreciar en este estudio más adelante.

El diagnóstico clínico precoz del cáncer gástrico es difícil, ya que muchas veces el proceso neoplásico puede seguir un curso asintomático y ser diagnosticado únicamente, cuando ha invadido tejidos vecinos o ha presentado metástasis por vía linfática o sanguínea.

Tratando de llegar a un diagnóstico precoz del carcinoma gástrico debemos tomar en cuenta las lesiones, que clásicamente se han considerado, desde hace mucho tiempo como precursores; como son en primer lugar la presencia de gastritis crónica, especialmente en las regiones prepilórica y antral.

En segundo lugar, la presencia de pólipos gástricos, deben considerarse lesiones premalignas, ya que en su estudio microscópico el 30 por ciento aproximadamente han resultado serlo.

En tercer lugar, la presencia de úlceras gástricas que clínica, radiológica y macroscópicamente son benignas; el estudio microscópico ha revelado malignidad en el 10 y el 20 por ciento de los casos.

Por último, debemos sospechar la presencia de cáncer en pacientes con antecedentes familiares de carcinoma gástrico y en individuos que padecen desde hace varios años de aclorhidria y anemia per-

CUADRO 1

INCIDENCIA DEL CANCER GASTRICO, DISTRIBUCION POR EDAD Y SEXO, EN 364 CASOS

| EDAD EN AÑOS | MASCULINO | FEMENINO | TOTAL |
|--------------|-----------|----------|-------|
| 0-9          | 0         | 0        | 0     |
| 10-19        | 1         | 2        | 3     |
| 20-29        | 4         | 2        | 6     |
| 30-39        | 20        | 23       | 43    |
| 40-49        | 35        | 30       | 65    |
| 50-59        | 59        | 36       | 95    |
| 60-69        | 38        | 41       | 79    |
| 70-79        | 27        | 13       | 40    |
| 80-89        | 6         | 3        | 9     |
| 90-99        | 0         | 0        | 0     |
| TOTAL        | 190       | 150      | 340   |

En 24 casos la edad o el sexo no fue determinado, por lo cual no fueron incluidos en ninguno de los grupos.

Como podemos ver en el Cuadro 1, el cáncer gástrico es más frecuente en la 5a., 6a. y 7a. década de la vida; pero es de hacer notar que nuestro estudio, en la 4a. década de la vida se encontraron 43 casos, de los cuales 23 eran del sexo femenino y 20 del masculino. La relación masculino femenino es de 1.26 %.

El paciente más joven tenía 17 años del sexo femenino; y el más viejo 88 años, del sexo masculino.

Como podrá observarse más del 95 por ciento de los casos ocurren en la 4a., 5a., 6a., 7a. y 8a. década de la vida.

En nuestro estudio encontramos los siguientes síntomas y signos como más frecuentes: la pérdida de peso, la palidez, la epigastralgia, la anorexia, las náuseas y los vómitos, masa abdominal palpable, la melena, la hematemesis y la disfagia. Como podrá verse, ningún signo o síntoma es patognomónico de la enfermedad, pero su análisis en conjunto constituye la base para sospechar la presencia del cáncer gástrico.

CUADRO 2

SINTOMAS Y SIGNOS EN PACIENTES CON CANCER GASTRICO  
(261 CASOS)

| Síntomas y signos          | No. de Casos | POR CIENTO |
|----------------------------|--------------|------------|
| PERDIDA DE PESO            | 227          | 88.64      |
| PALIDEZ                    | 214          | 81.68      |
| EPIGASTRALGIA              | 210          | 80.15      |
| ANOREXIA                   | 202          | 77.09      |
| NAUSEAS Y/O VOMITOS        | 197          | 75.19      |
| SINDROME PILORICO          | 124          | 47.32      |
| MASA ABDOMINAL PALPABLE    | 115          | 43.89      |
| MELENAS                    | 59           | 22.51      |
| GANGLIOS SUPRACLAVICULARES | 34           | 12.93      |
| HEMATEMESIS                | 21           | 8.01       |
| DISFAGIA                   | 15           | 5.76       |
| PERFORACION                | 6            | 2.67       |

De acuerdo con el Cuadro 2, los signos y síntomas más frecuentes encontrados en nuestro estudio son: pérdida de peso, palidez, epigastralgia y anorexia, que se presentó en el 75 por ciento o más de los casos.

Las complicaciones más frecuentemente asociadas al cáncer gástrico son en primer lugar: la estenosis o estrechez pilórica, de la que en nuestro estudio encontramos 124 casos, o sea un 47.32 por ciento.

La hemorragia, manifestada clínicamente en forma de hematemesis o melenas, constituyó la segunda complicación, habiéndose encontrado 70 casos, o sea 30.52 por ciento.

Y por último la perforación solamente la encontramos en 6 casos, o sea en el 2.67 por ciento.

III.- ESTUDIO DE LABORATORIO

Creo conveniente hacer un análisis somero, de ciertos elementos de laboratorio, que a mi juicio constituyen la base y son de mucha utilidad en el diagnóstico del cáncer gástrico.

- a) ESTUDIO HEMATICO
- b) SANGRE OCULTA EN HECES
- c) CONTENIDO GASTRICO
- d) CITOLOGIA EXFOLIATIVA
- e) ESTUDIO DE GRUPO SANGUINEO Y EL FACTOR Rh
- f) ESTUDIO RADIOLOGICO DEL TRACTO GASTROINTESTINAL
- g) ESTUDIO RADIOLOGICO DEL TORAX
- h) ESTUDIO ESOFAGOSCOPICO.

a) ESTUDIO HEMATICO EN EL PACIENTE CON CANCER GASTRICO

Para este estudio he tomado como base la determinación del hematócrito y la hemoglobina, que combinados nos ofrecen una idea clara del estado hemático del paciente.

CUADRO 3

VALORES DE HEMOGLOBINA EN PACIENTES CON CANCER GASTRICO

| Hemoglobina en gramos | No. de casos |
|-----------------------|--------------|
| 1 - 5                 | 8            |
| 5 - 9                 | 78           |
| 9 -13                 | 113          |
| 13 y más              | 42           |



Como podemos ver en el Cuadro 3, más del 75 por ciento de nuestros pacientes presentan una hemoglobina inferior a los 13 grupos - por ciento; y solo en 42 pacientes, el valor de hemoglobina es superior a los 13 gramos.

En 6 casos había anemia severa, cuya hemoglobina osciló entre 2.4 y 4.4 gramos por ciento.

CUADRO 4

VALORES DE HEMATOCRITO, EN PACIENTES CON CÁNCER GÁSTRICO

| Hematócrito por ciento | No. de casos |
|------------------------|--------------|
| 10 - 19                | 12           |
| 20 - 29                | 69           |
| 30 - 39                | 127          |
| 40 y más               | 33           |
| T O T A L              | 241          |

Es decir que en nuestra serie, el estudio del hematócrito no fue realizado en 20 casos.

Como podemos apreciar en el Cuadro 4, en 198 casos, o sea en el 75 por ciento aproximadamente, el hematócrito es inferior a 39 por ciento.

CUADRO 5

VALORES NORMALES DE HEMOGLOBINA Y HEMATOCRITO

(Physicians Hand book)

|             | HOMBRES          | MUJERES            |
|-------------|------------------|--------------------|
| HEMOGLOBINA | 15.5-18 gramos % | 12.5-16.5 gramos % |
| HEMATOCRITO | 45 -47 " "       | 40 - 42 " "        |

b) SANGRE OCULTA EN HECEs

El estudio de la sangre oculta en heces, usando el método de la bencidina, se verificó en 55 pacientes, y en todos fue positiva, o sea en el 100 por ciento de los casos; en 206 pacientes dicho estudio no fue realizado, en nuestra serie de 261 casos.

c) CONTENIDO GÁSTRICO

El estudio del contenido gástrico fue realizado en 38 pacientes de nuestra serie de 261 casos, lo cual representa el 14.5 por ciento; tomando como base la determinación del pH.

CUADRO 6

VALORES DE pH EN PACIENTES CON CANCER GASTRICO

| pH    | No. de casos |
|-------|--------------|
| 1     | 3            |
| 2     | 3            |
| 3     | 9            |
| 4     | 5            |
| 5     | 3            |
| 6     | 5            |
| 7     | 5            |
| 8     | 5            |
| TOTAL | 38           |

En nuestro estudio de 38 casos, en 28 pacientes el pH era de 6 ó menor, o sea un 73.68 por ciento.

En diez casos el pH fue entre 7 y 8, o sea en el 26.32 por ciento. En 6 pacientes con un pH menor de 6, ó sea en el 25 por ciento - había evidencia clínica y radiológica de proceso ulceroso.

d) CITOLOGIA EXFOLIATIVA

El diagnóstico de cáncer gástrico, por el método de la citología exfoliativa es del 90 por ciento, en el contenido gástrico.

El diagnóstico positivo incorrectos son raros, sin embargo el -- procedimiento no es práctico por el tiempo que requiere.

En nuestra serie, sólo se encontraron 12 pacientes a quienes se

CUADRO 7

CITOLOGIA EXFOLIATIVA, EN PACIENTES CON CANCER GASTRICO

|   |    |       |
|---|----|-------|
| ESTUDIO CON CITOLOGIA NEGATIVA                | 9  | CASOS |
| ESTUDIO CON CELULAS SOSPECHOSAS DE MALIGNIDAD | 3  |       |
| T O T A L                                     | 12 |       |

Es decir, que solamente 3 casos eran positivos.

El reporte citológico fue el siguiente: El primer caso: Células sospechosas de malignidad; el segundo, pequeñas células redondas de probable carcinoma gástrico; el tercero, células malignas de tipo epitelial.

e) ESTUDIO DE GRUPO SANGUINEO Y FACTOR Rh

En nuestra serie fue practicado el estudio de grupo sanguíneo y factor Rh en 209 pacientes con cáncer gástrico, o sea en el 80 por ciento. En 52 pacientes dicho estudio no fue realizado, o sea el 20 por ciento de nuestra serie de 261 casos.

CUADRO 8

ESTUDIO DE GRUPO SANGUINEO Y FACTOR Rh, EN PACIENTES  
CON CANCER GASTRICO

| Tipo sanguíneo | Factor Rh | Casos por ciento |       |
|----------------|-----------|------------------|-------|
| O - IV         | Positivo  | 131              | 62.67 |
| A - II         | Positivo  | 59               | 28.23 |
| B - III        | Positivo  | 11               | 5.26  |
| A - B          | Positivo  | 8                | 3.82  |

Como podrá apreciarse en el Cuadro 8, el cáncer gástrico es más frecuente en el grupo O-IV Rh positivo y en segundo lugar el grupo A-II Rh positivo; resultados similares fueron encontrados por Hasbún.

Es de hacer notar que en nuestra serie de 209 pacientes a quienes se les practicó la determinación de grupo sanguíneo y factor Rh ningún paciente era Rh negativo.

#### f) ESTUDIO RADIOLOGICO DEL TRACTO GASTROINTESTINAL

El examen radiológico constituye elemento importante en el diagnóstico del cáncer gástrico, siendo de mayor valor que cualquier otro método, signo o síntoma. Aunque no es un método infalible, está constantemente mejorando en precisión, a medida que las técnicas y equipos se mejoran y la experiencia del radiólogo aumenta.

En nuestra serie de 261 casos encontramos 235 con estudio radiológico del esófago, estómago y duodeno, o sea en el 90 por ciento aproximadamente. En 26 casos dicho estudio no fue realizado o sea en el 10 por ciento, en este último grupo dicho estudio no fue realizado en primer lugar porque clínicamente, el proceso neoplásico gástrico no fue sospechado; en segundo lugar el proceso era demasiado avanzado, y en tercer lugar clínicamente se diagnosticó de proceso de abdomen agudo, obstrucción intestinal, que ameritaban tratamiento quirúrgico de urgencia.

CUADRO 9

DIAGNOSTICOS RADIOLOGICOS EN PACIENTES CON CANCER  
GASTRICO

| Diagnóstico radiológico      | Casos | Por ciento |
|------------------------------|-------|------------|
| CARCINOMA GASTRICO           | 111   | 47.22      |
| PROBABLE NEOPLASIA GASTRICA  | 37    | 15.78      |
| PROCESO ULCEROSO             | 25    | 10.63      |
| ESTENOSIS PILORICA           | 20    | 8.50       |
| DIAGNOSTICOS ERRONEOS        | 33    | 14.04      |
| ESTUDIO RADIOLOGICO NEGATIVO | 9     | 3.82       |
| TOTAL                        | 235   | 99.99      |

Como podrá apreciarse en el Cuadro 9, el diagnóstico de carcinoma gástrico fue preciso en 111 casos, o sea en 47.22 por ciento; probable neoplasia gástrica en 15.78 por ciento.

Es de hacer notar que en nuestra serie, se encontraron 33 casos que se reportaron e interpretaron erróneamente, o sea en el 14.04 -- por ciento.

En 9 casos el estudio radiológico fue reportado como negativo lo cual constituye el 3.82 por ciento.

La causa de error en estos dos últimos grupos fueron tres:

- a) estudio incompleto; b) mala interpretación de la imagen radiográfica; c) falta de percepción de la imagen radiológica.

CUADRO 10

LOCALIZACIONES DEL CANCER GASTRICO RADIOLOGICAMENTE

| Localización  | No. de casos |
|---|--------------|
| REGION ANTRO-PILORICA   | 146          |
| REGION DEL FONDO GASTRICO CON O SIN INV <u>A</u><br>SION AL CARDIAS Y AL ESOFAGO TERMINAL | 18           |
| CURVATURA MAYOR   | 7            |
| CURVATURA MENOR   | 7            |
| CURVATURA MAYOR Y MENOR   | 3            |
| CUERPO Y FONDO GASTRICO   | 1            |
| OTRAS LOCALIZACIONES NO ESPECIFICADAS   | 11           |
| T O T A L   | 193          |

Es decir que en nuestra serie, la localización más frecuente desde el punto de vista radiológico es la región pilórica, en la cual se encontraron 146 casos, o sea el 75 por ciento, otras localizaciones - constituyen en conjunto el 25 por ciento.

Otro aspecto importante de la radiología, en nuestro estudio fue la determinación de la presencia de estenosis pilórica, ya sea en la forma parcial o total; habiéndose encontrado estrechez a nivel del esófago en 4 casos.

Clínicamente el síndrome de estenosis pilórica fue hecho en 124 casos; habiéndose corroborado, radiológicamente en 90 casos.

g) ESTUDIO RADIOLOGICO DEL TORAX

En nuestro estudio de 261 pacientes con cáncer gástrico se practicó radiografía de tórax a 210 pacientes, o sea al 80 por ciento aproximadamente; no se les practicó dicho estudio a 51 pacientes, o sea el 20 por ciento restante.

De los pacientes a quienes se les practicó radiografía de tórax solamente en 4 casos se reportó metástasis pulmonares, de probable carcinoma gástrico.

En el primer caso se reportó lo siguiente: Metástasis linfáticas pulmonares; segundo, Carcinomatosis o Tb pulmonar; tercero, Metástasis pulmonares; y cuarto, Tb pulmonar avanzada o infiltración Carcinomatosa avanzada.

h) ESTUDIO ESOFAGOSCOPICO

La esofagoscopia es un procedimiento muy útil, en el diagnóstico del carcinoma gástrico, especialmente cuando la lesión ha invadido el cardias o el tercio inferior del esófago.

En nuestro estudio, se encontró que en 5 casos se practicó esofagoscopia, toma de biopsia y además laparotomía exploradora. En 7 casos se practicó esofagoscopia y toma de biopsia únicamente.



IV.- ANATOMIA PATOLOGICA

Como se dijo en la introducción, el material de estudio fue obtenido en los archivos del Departamento de Anatomía Patológica del Hospital Rosales, constituido por 290 biopsias y 74 autopsias. La distribución según los tipos histológicos del mencionado material es la siguiente:

CUADRO 11

TIPOS HISTOLOGICOS DE CANCER GASTRICO

| Tipo Macroscópico | No. de casos | Por ciento |
|-------------------|--------------|------------|
| ADENOCARCINOMA    | 356          | 97.80      |
| LINFOSARCOMA      | 4            | 1.09       |
| PLASMOCITOMA      | 4            | 1.09       |
| T O T A L         | 364          | 99.98      |

Según el Cuadro 11, el adenocarcinoma constituye cerca del 98 -- por ciento de las neoplasias del estómago; y el sarcoma representado en nuestro estudio por 4 casos de linfosarcomas y 4 de plasmocitomas, únicamente constituye un poco más del 2 por ciento de la serie.

De acuerdo con la mayoría de los autores, ninguna clasificación basada en su estudio histopatológico, es de utilidad práctica en cuanto a pronóstico, sin embargo, de mayor utilidad es para el cirujano, -- la clasificación basada en su aspecto morfológico, macroscópico.

En nuestro estudio encontramos los siguientes tipos macroscópicos de cáncer gástrico.

CUADRO 12

TIPOS MACROSCOPICOS DE CANCER GASTRICO

| Tipos Macroscópicos | No. de casos |
|---------------------|--------------|
| ULCERANTES          | 114          |
| INFILTRANTES        | 80           |
| PROLIFERANTES       | 70           |
| LINITIS PLASTICAS   | 7            |
| NO ESPECIFICADOS    | 93           |
| T O T A L           | 364          |

Según el Cuadro 12, la forma macroscópica de cáncer gástrico más frecuentemente observado es el tipo ulcerante, y el menos frecuente el de linitis plástica o infiltrante difuso.

Otro aspecto importante desde el punto de vista anatomopatológico es la localización de la lesión.

En nuestro estudio encontramos las siguientes localizaciones:

CUADRO 13

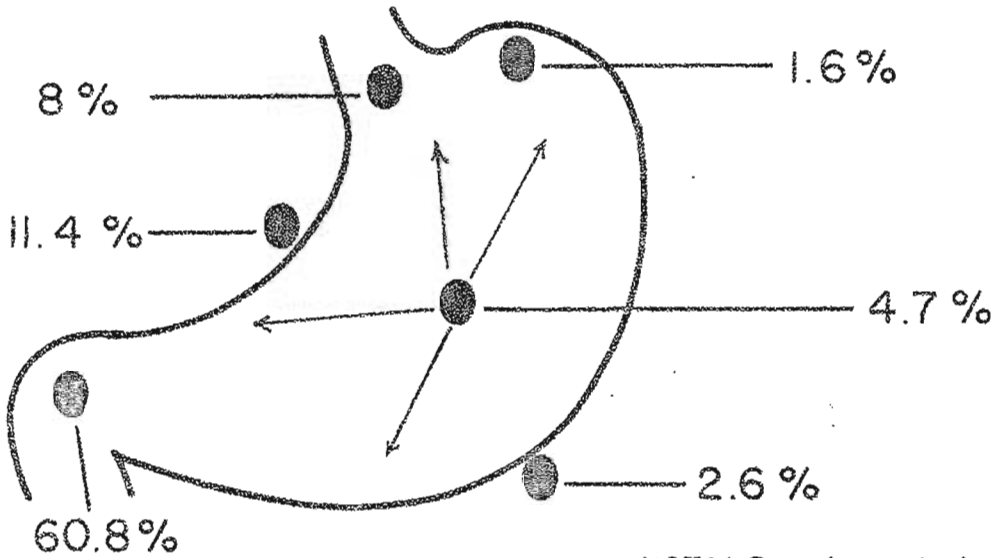
LOCALIZACIONES DEL CANCER GASTRICO

| Localización                                | No. de casos | Por ciento |
|---|--------------|------------|
| REGION ANTRO-PILORICA                       | 172          | 45.25      |
| ESTOMAGO TODO O SIN LOCALIZACION<br>PRECISA | 62           | 17.03      |
| CURVATURA MENOR                             | 27           | 7.42       |
| CARDIAS FUNDUS TERCIO DISTAL<br>ESOFAGO     | 22           | 6.04       |
| CURVATURA MAYOR                             | 15           | 4.12       |
| CUERPO DEL ESTOMAGO                         | 7            | 1.92       |
| NO ESPECIFICADOS                            | 59           | 16.22      |
| TOTAL                                       | 364          | 100.00     |

Como podemos apreciar en el Cuadro 13, la localización más frecuente es la región antro-pilórica, que se presenta en un 50 por ciento de los casos aproximadamente. Otras localizaciones en conjunto -- constituyen únicamente el 30 por ciento, aproximadamente.

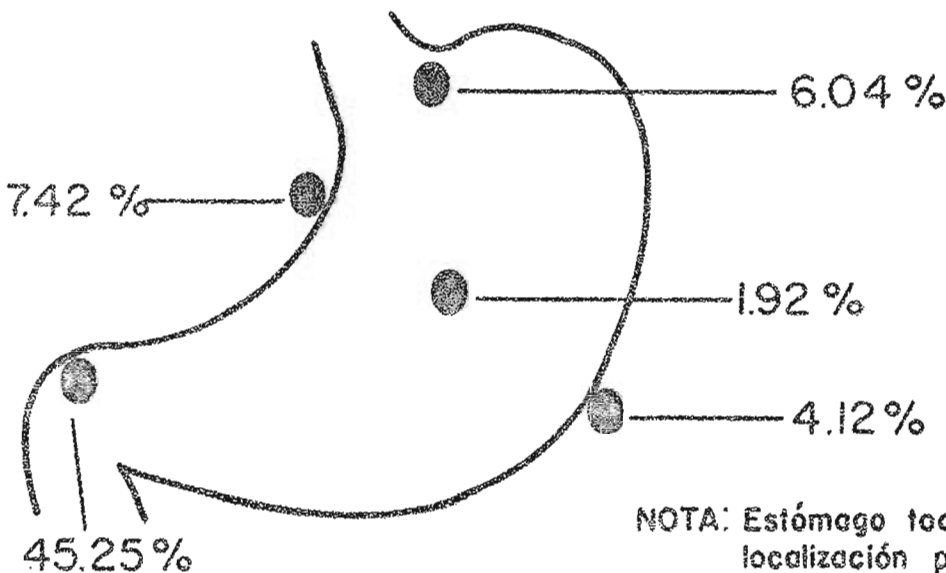
De los pacientes que fueron intervenidos quirúrgicamente, había invasión del límite superior o inferior en 33 casos; no había invasión en 63 casos; y en el restante, 194 casos no había sido determinado.

# LOCALIZACIONES DEL CANCER GASTRICO



NOTA: Pared posterior 5.2%  
 Tumores multiples 3.5%  
 Pared anterior 2.3%

DISTRIBUCION DEL CANCER GASTRICO 1300 CASOS, SEGUN WELCH.



NOTA: Estómago todo o sin localización precisa 17.03%  
 No especificados 16.22%

DISTRIBUCION DEL CANCER GASTRICO, EN 364 CASOS EN NUESTRO ESTUDIO.

Por lo tanto, creo que el cirujano, debe ser muy cuidadoso al practicar la resección gástrica; para no dejar tejido neoplásico en los límites de la resección.

Todo cirujano debe estar interesado, naturalmente, del pronóstico de su paciente operado, el cual depende sobre todo en la presencia o ausencia de metástasis; por ello es que he creído conveniente analizar las principales localizaciones de las metástasis en pacientes operados.

CUADRO 14

METASTASIS DEL CANCER GASTRICO EN PACIENTES OPERADOS

| Metástasis                                | No. de casos |
|---|--------------|
| GANGLIOS REGIONALES                       | 52           |
| INVASION DE LA SEROSA PERITONEAL GASTRICA | 14           |
| INVASION AL ESOPAGO                       | 13           |
| GANGLIOS SUPRA-CLAVICULARES               | 6            |
| PERITONEO                                 | 4            |
| HIGADO                                    | 3            |
| COLON TRANSVERSO                          | 2            |
| GANGLIOS INGUINALES                       | 2            |
| INVASION AL CARDIAS                       | 1            |
| INFILTRACION DE LA PARED ABDOMINAL        | 1            |
| GANGLIOS AXILARES                         | 1            |

Según el Cuadro 14, las metástasis a los ganglios regionales se encontraron en 52 casos, o sea en el 18 por ciento. Otros autores, -

nales en el momento operatorio.

He creído conveniente presentar y al mismo tiempo analizar ciertos hallazgos relacionados con el cáncer gástrico, en pacientes a quienes se les practicó autopsias en el Departamento de Anatomía Patológica del Hospital Rosales.

CUADRO 15

METASTASIS DE CANCER GASTRICO, EN 74 CASOS DE AUTOPSIA

| Metástasis   | No. de casos |
|--|--------------|
| GANGLIOS REGIONALES                                      | 52           |
| HIGADO   | 25           |
| PULMON   | 20           |
| PERITONEO  | 20           |
| GLANDULAS SUPRA-RENALES                                  | 15           |
| PANCREAS   | 14           |
| GANGLIOS MESENTERICOS                                    | 13           |
| OSEAS (Costillas, H. Occipital, Vertebras y médula ósea) | 12           |
| GANGLIOS DEL HILIO HEPATICO                              | 7            |
| OVARIOS  | 6            |
| GANGLIOS SUPRA-CLAVICULARES                              | 6            |
| BAZO   | 4            |
| VEJIGA   | 4            |
| URETERES   | 4            |
| INVASION DEL TERCIO INFERIOR DEL ESOFAGO                 | 5            |
| DIAFRAGMA  | 5            |
| GANGLIOS PERIESOFAGICOS                                  | 4            |
| TIROIDES   | 1            |
| OTRAS METASTASIS GANGLIONARES                            | 14           |

Según observamos en el Cuadro 15, las matástasis más frecuentes del cáncer gástrico a los órganos son: Hígado, pulmones, glándulas suprarrenales, páncreas y ovarios.

Los grupos ganglionares más frecuentemente afectados son: los ganglios regionales, mesentéricos, mediastínicos y supraclaviculares. En 20 casos había una carcinomatosis peritoneal.

CUADRO 16

CAUSAS DE MUERTES, EN PACIENTES CON CANCER GASTRICO  
EN 74 CASOS DE AUTOPSIAS

| Causa de muerte   | No. de casos |
|---|--------------|
| CANCER GASTRICO   | 66           |
| OCCLUSION INTESTINAL  | 2            |
| MENINGITIS (Base del cerebro)                               | 1            |
| EDEMA PULMONAR AGUDO  | 1            |
| PERITONITIS SERO-FIBRINO-PURULENTA                          | 1            |
| TUBERCULOSIS PULMONAR<br>Vértice izquierdo (5 x 4 x 3 cms.) | 1            |
| CIRROSIS BILIAR HIPERTROFICA                                | 1            |
| CARDIOPATIA CORONARIANA                                     | 1            |
| <b>T O T A L</b>  | <b>74</b>    |

Según el Cuadro 16, la principal causa de muerte fue el cáncer mismo en 66 casos; en donde se incluye 12 casos, con adenocarcinoma gástrico perforado, en uno de los cuales la causa de la muerte fue

la peritonitis consecutiva. Se reporta además un caso de adenocarcinoma gástrico fistulizado cara posterior y colon transverso.

Se incluye también en la serie 4 casos de plasmocitomas y 1 de linfosarcoma gástrico difuso.

Creo conveniente presentar y analizar someramente otras lesiones frecuentemente encontradas, en pacientes con cáncer gástrico, en 74 casos de autopsia.

CUADRO 17

OTRAS LESIONES FRECUENTEMENTE OBSERVADAS EN PACIENTES  
CON CANCER GASTRICO, 74 CASOS DE AUTOPSIAS

| Tipo de lesión                                | No. de casos |
|---|--------------|
| DERRAMES PLEURALES UNILATERALES O BILATERALES | 33           |
| ASCITIS                                       | 28           |
| PERITONITIS PURULENTA                         | 18           |
| NEUMONIA O BRONCONEUMONIA                     | 15           |
| PERFORACION DEL CANCER GASTRICO               | 12           |
| TUBERCULOSIS PULMONAR Y OTRAS LOCALIZACIONES  | 18           |
| EDEMA PULMONAR                                | 11           |
| CAQUEXIA CANCEROSA                            | 10           |
| DERRAMES PERITONEALES HEMORRAGICOS            | 8            |
| ATROFIA HEPATICA                              | 8            |
| ATROFIA ESPLENICA                             | 8            |
| HIPEREMIA VISCERAL                            | 7            |
| ESTENOSIS PILORICA                            | 7            |



Es decir que en nuestro estudio encontramos en primer lugar los derrames pleurales o peritoneales; y en segundo lugar la peritonitis purulenta consecutiva o no a la perforación del cáncer gástrico.

De las complicaciones frecuentemente asociadas al cáncer gástrico encontramos: Perforación del cáncer gástrico 12 casos; y la estenosis pilórica, solamente en 7 casos.

De las anomalías congénitas únicamente encontramos 3 casos; el primer caso presentaba como anomalías congénitas: doble uréter derecho; el segundo, riñón en herradura; el tercero, doble arteria renal derecha.

V.- T R A T A M I E N T O.-  
=====

A decir verdad, el único tratamiento para el Adenocarcinoma Gástrico ha sido y es la extirpación quirúrgica de la lesión neoplásica.

Creo conveniente que todo paciente con cáncer gástrico, debe beneficiarse con una Laparotomía exploradora, siempre y cuando el estudio clínico y de laboratorio, no den evidencia de lesiones metastásicas a otros órganos o tejidos, que impidan la extirpación quirúrgica adecuada del proceso maligno. Indudablemente, existen casos en los cuales el cirujano se decide a intervenir quirúrgicamente a pacientes, cuando estos adolecen de complicaciones que frecuentemente acompañan al cáncer gástrico, especialmente la obstrucción, la hemorragia y la perforación, con fines puramente paliativos y creemos que con estos métodos, vamos a prolongar la vida o al menos volverles más agradable sus últimos días.

El tipo de operación que debe practicarse es seleccionado, evidentemente por el cirujano, en el momento mismo del acto operatorio; tomando en cuenta para ello la localización de la lesión en el estómago; luego, la extensión del proceso maligno gástrico; después si hay invasión a tejidos u órganos vecinos; y por último, si existen ya metástasis a los ganglios regionales u órganos abdominales.

En general, el cirujano se decide por una resección gástrica parcial y en raras ocasiones, se practica una gastrectomía total; de acuerdo el caso en particular.

En nuestro estudio se encontraron los siguientes procedimientos quirúrgicos practicados con fines curativos o paliativos.

CUADRO 18  
 PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS EN PACIENTES CON CANCER  
 GASTRICO, 261 CASOS

| Tipo de Operación                                    | No. de casos |
|--|--------------|
| GASTRECTOMIA SUBTOTAL                                | 133          |
| LAPAROTOMIA EXPLORADORA Y TOMA DE BIOPSIA            | 28           |
| LAPAROTOMIA EXPLORADORA Y GASTRO-ENTERO-ANAS TOMOSIS | 23           |
| GASTRECTOMIA TOTAL                                   | 6            |
| GASTROSTOMIA   | 3            |
| YEYUNOSTOMIA   | 3            |
| TORACOTOMIA EXPLORADORA                              | 1            |
| PACIENTES NO OPERADOS CON AUTOPSIA                   | 11           |
| PACIENTES SIN REPORTE OPERATORIO                     | 53           |
| <b>T O T A L</b>                                     | <b>261</b>   |

Como puede apreciarse en el Cuadro 18, el tipo de operación más frecuentemente practicado fue la gastrectomía subtotal, en 133 casos.

La gastrectomía total solamente se practicó en 6 casos. Operaciones paliativas se practicaron en 29 casos o sea, 23 en los cuales el procedimiento se limitó a una laparotomía exploradora y gastro-enteroanastomosis; en 3 se practicó una gastrostomía; y en 3 casos más, -

una yeyunostomía; lo cual nos da una idea de cuan avanzado era el proceso neoplásico, en el momento en que el cirujano intervino el paciente.

En 28 casos el procedimiento quirúrgico consistió en una laparotomía exploradora y toma de biopsia, por las razones ya mencionadas.

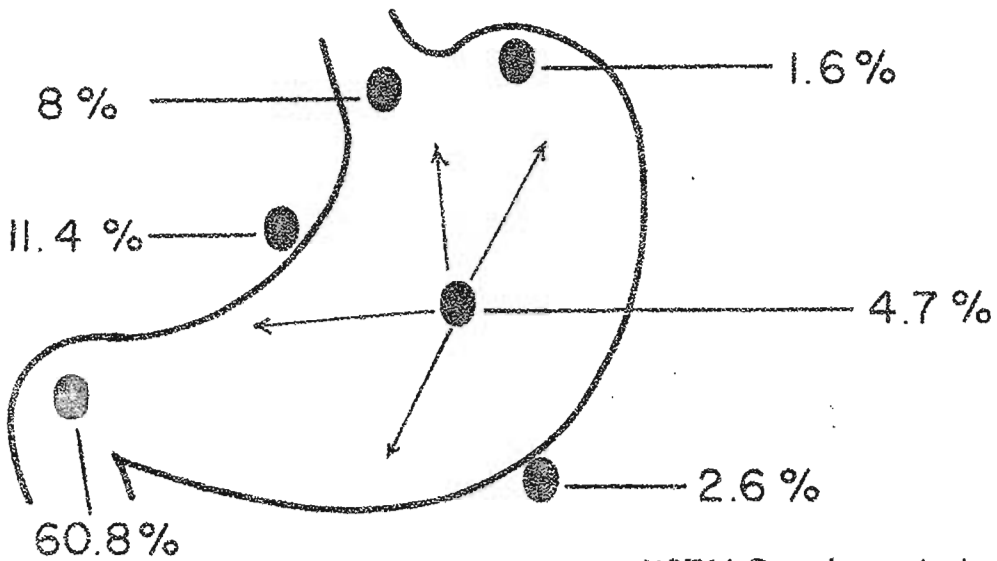
Creo conveniente puntualizar que la gastrectomía subtotal, ya sea con fines paliativos o curativos, es la mejor operación para el tratamiento del paciente que adolece de cáncer gástrico, especialmente cuando esté localizado en la región antro-pilórica o en la mitad distal del estómago.

La gastrectomía total deberá realizarse en aquellos casos en los cuales la lesión sea difusa a todo el estómago o esté localizado en el fondo gástrico, o en la parte alta de la curvatura menor con invasión al cardias y al tercio inferior del esófago; demás está decir, que este procedimiento operatorio no debe practicarse, en aquellos casos en los cuales, nuestro fin sea únicamente paliativo; ya que ocasiona severos trastornos nutritivos y de anemia en los pacientes gastrectomizados.

#### DISTRIBUCION DE LOS GANGLIOS LINFATICOS DEL ESTOMAGO

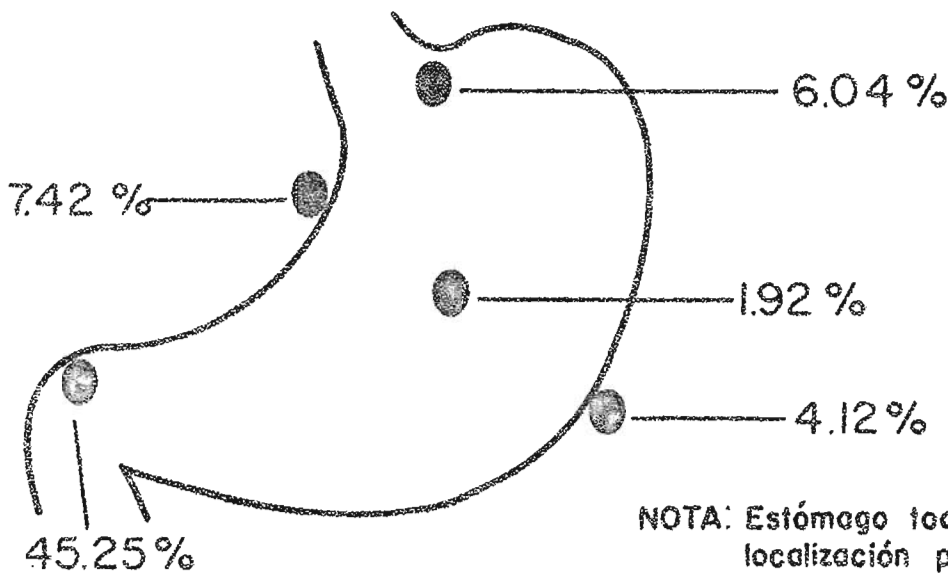
- I.- El grupo sub-pilórico
- II.- El grupo pancreático-esplénico.
- III.- El grupo de los ganglios gástricos superiores.
- IV.- El grupo de los ganglios supra-pilóricos.

# LOCALIZACIONES DEL CANCER GASTRICO



NOTA: Pared posterior 5.2%  
 Tumores múltiples 3.5%  
 Pared anterior 2.3%

DISTRIBUCION DEL CANCER GASTRICO 1300 CASOS, SEGUN WELCH



NOTA: Estómago todo o sin localización precisa 17.03%  
 No especificados 16.22%

DISTRIBUCION DEL CANCER GASTRICO, EN 364 CASOS EN NUESTRO ESTUDIO.

Cuando una gastrectomía sub-total sea practicada con fines curativos, deberá extirparse el 75 por ciento del estómago aproximadamente, el epiplón mayor y menor; algunas veces será necesario la extirpación del bazo, lo mismo que una pequeña parte del cuerpo y la cola del páncreas.

Los grupos ganglionares gástricos I, II y IV, se eliminan a través de la extirpación del epiplón mayor y menor. El grupo ganglionar II se elimina a través de extirpación del bazo, una pequeña parte del cuerpo y de la cola del páncreas.

En nuestro estudio fue posible comprobar la evolución del paciente operado en 45 casos únicamente.

CUADRO 19  
SOBREVIVENCIA POST-OPERATORIA EN 45 PACIENTES CON  
CANCER GASTRICO

| Tiempo en meses     | No. de casos |
|---------------------|--------------|
| 1 día a 1 mes       | 34           |
| 1 mes a 3 meses     | 4            |
| 3 meses a 12 meses  | 6            |
| 12 meses a 30 meses | 1            |
| T O T A L           | 45           |

Es decir que en nuestro estudio de 45 pacientes en quienes fue posible comprobar su muerte, después de operados solamente un paciente tuvo una sobrevivencia de 27 meses, con los 44 pacientes restan-

tes su defunción se comprobó antes del año. Esto obedece indudablemente, a que estos pacientes fueron operados cuando el proceso neoplásico era sumamente avanzado o algunas veces a complicaciones en el post-operatorio.

Pronóstico:

El pronóstico del paciente con cáncer gástrico depende de muchos factores, entre los cuales cabe mencionar en primer lugar, el tipo macroscópico de la lesión neoplásica, en general se acepta el tipo polipoide, como el más benigno; y el tipo infiltrante, como el más maligno; en segundo lugar la localización de la lesión neoplásica, desempeña papel importante en el pronóstico del paciente; porque una lesión situada en el píloro o cercana a él, más tempranamente puede ocasionar trastornos que orienten hacia una patología gástrica, con el consiguiente diagnóstico y tratamiento precoz. Por otra parte los procesos neoplásicos localizados en la región antro-pilórica y el tercio distal del estómago, son técnicamente más fáciles de resear y no así las lesiones del fondo gástrico y el cardias, lo cual implica que en este último caso deba practicarse gastrectomías totales, más traumáticas desde el punto de vista quirúrgico y antifisiológicas.

El pronóstico del paciente con cáncer gástrico, que en el momento operatorio presenta metástasis a los ganglios regionales o metástasis a otros órganos o tejidos, es malo.

La edad y el sexo del paciente con cáncer gástrico influye muy poco en el pronóstico del mismo; sin embargo, se cree en general -- que progreso más rápidamente en el paciente joven y más lentamente en el paciente anciano.

La sobrevivencia de pacientes intervenidos quirúrgicamente, de 5 años, en la Clínica Mayo es de 14 por ciento. La mortalidad operatoria es del 5 al 10 por ciento (citado por Christopher).

La mortalidad operatoria en las resecciones gástricas parciales es del 5 por ciento y menor del 10 por ciento en resecciones -- gástricas totales.

Indudablemente es la cirugía la que ofrece mejores oportunidades de sobrevivencia, siempre y cuando el candidato a la intervención quirúrgica sea seleccionado y tratado adecuadamente en el pre- y post-operatorio.



VI.- CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

- I.- Se hace un análisis de 290 casos de biopsias y 74 casos de autopsias, de pacientes con cáncer gástrico; estudio realizado en el Departamento de Anatomía Patológica y archivo del Hospital Rosales.
- II.- Se presentan 4 casos escogidos al azar de pacientes con cáncer gástrico, con estudio clínico patológico.
- III.- En nuestro estudio clínico encontramos 190 casos correspondientes al sexo masculino y 150 al sexo femenino; no observando, por lo tanto, predominio muy significativo del sexo masculino, sobre el femenino.
- IV.- El cáncer gástrico se presenta en pacientes relativamente jóvenes, como lo demuestra el hecho de haber encontrado 43 casos de pacientes en la 4a. década de la vida, o sea de 30-39 años.
- V.- Los síntomas y signos más frecuentes, en nuestro estudio fueron: pérdida de peso, la palidez, la epigastralgia y la anorexia, que se presentó en el 75 por ciento o más de los casos.
- VI.- El procedimiento de laboratorio más importante, desde el punto de vista diagnóstico, lo constituye la radiografía del estómago y duodeno.
- VII.- El diagnóstico radiológico del cáncer gástrico fue categóri-

VIII.- Desde el punto de vista histo-patológico, el cáncer gástrico más frecuente es el adenocarcinoma, no obstante, en nuestro estudio encontramos 4 casos de linfosarcomas y 4 de plasmocitomas.

IX.- La localización más frecuente del cáncer gástrico, en nuestro estudio anatomopatológico es la región antro-pilórica, - en el 45 por ciento de los casos aproximadamente.

X.- Las metástasis del cáncer gástrico más frecuente, en nuestro estudio de biopsias y autopsias, son: las metástasis a los ganglios regionales, hígado, pulmón, peritoneo y las glándulas suprarrenales.

XI.- Nuestros pacientes con cáncer gástrico consultaron tardíamente, en la mayoría de los casos; puede corroborarse por los hallazgos anatopatológicos y reportes operatorios.

XII.- El método de tratamiento más frecuentemente practicado fue la gastrectomía sub-total, con fines paliativos o curativos.

XIII.- Considero importante que todo paciente con cáncer gástrico, debe beneficiarse con una laparotomía exploradora, siempre y cuando clínica y radiológicamente no haya evidencias de metástasis y cuando las condiciones generales del mismo lo permitan.

XIV.- Se cree que el mejor método de tratamiento, salvo raras excepciones, es la gastrectomía sub-total, ya sea con fines paliativos o curativos, en este último caso, deberá practicar-

se una extirpación amplia de los grupos ganglionares del estómago: Grupo sub-pilórico, gástricos superiores, supra-pilóricos y algunas veces los ganglios pancreato-esplénicos.

XV.- Creo conveniente que debe practicarse más estudios de citología exfoliatives y gasticopías, como métodos de diagnósticos, ya que de éste último ningún caso fue reportado.

B I B L I O G R A F I A  
-----

- I- Anderson, W.A.D. Pathology, third edition, St. Louis. The C. V. Mosby Company, 1957; 752-756 pp.
- II- Astacio, José Nicolás y Castro Quezada, Alfredo, Plasmocitoma ma gastro-intestinales. Archivos del Colegio Médico de El Salvador, Sept. 1963. 204-211 pp.
- III- Christopher, Tratado de Patología Quirúrgica, sexta edición. México, Editorial Interamericana S. A. 1958, Tomo I, 612-625 pp.
- IV- Cecil & Loeb, A textbook of medicine, Tenth Edition, Philadelphia and London. W. B. Saunders Company. 1959, 805 - 810 pp.
- V- Conn, Haward.F, MD, Current Therapy, Philadelphia, and London, W. B. Saunder Company, 1963, 264-268 pp.
- VI- Ewing, James Oncología, traducción de la 4a. Edición Inglesa por Dr. Salvador de Almenara Salvat Editores, S.A., -- Barcelona, Buenos Aires 1948, 722 pp.
- VII- Gray, Henry, F.R.S. Anatomy of the human body, Twenty-sixth. Edition, Lea & Febiger. Philadelphia, 1956, 1300-1306 pp.
- VIII- Hasbún, N. Juan, Adenocarcinoma gástrico, XVI Congreso Médico Nacional, Septiembre de 1963.
- IX- Infante Díaz, Salvador, Cáncer en El Salvador, Noviembre de 1964, 340-347 pp.

- X- Frupp, Marcus. A.M.D. Sweet, Norman, J. Md. R. Physicians Handbook, 1th. Edition, California, Lange Medical Publication, 1960, 133 pp.
- XI- Lumpkin, William. M. Crow, R. Lewis Jrs MD. Cruz M. Hernández, MD, Carcinoma of the stomach. Annal of surgery. Vol. June 1964 No. 6, 919-932 pp.
- XII- Padilla, T. y Cossio, P. Sindromes clínicos, 10a. Edición, El Atenco 1962, 38- 39 pp.
- XIII- Schaposnik, Clínica Médica, 3a. Edición, Buenos Aires, Librería Científica Vallardi, 1962, 174-184 pp.
- XIV- U.S. Naval Medical School of the National Naval Medical Center. Color atlas of Pattology. Philadelphia, J. B. Lippincott Company. 623-624 pp.