

Comportamiento de los pacientes con diagnóstico de adenocarcinoma gástrico

Patients' behavior with diagnosis of gastric adenocarcinoma

Dr. José Manuel Toledo Hernández; Dr. Carlos Echavarría del Risco; Dra. Sonia Cabrera Fernández; Dra. Liudmila Vasconcelo la O

Hospital Militar Clínico Quirúrgico Docente Dr. Octavio de la Concepción y de la Pedraja. Camagüey, Cuba.

RESUMEN

Fundamento: existen diferentes tipos de cáncer que pueden ocurrir en el estómago y el más común es el adenocarcinoma gástrico.

Objetivo: describir el comportamiento de los pacientes con diagnóstico de adenocarcinoma gástrico.

Método: se realizó un estudio observacional descriptivo en tres hospitales de la provincia de Camagüey desde el año 2002 hasta el 2006. El universo estuvo constituido por todos los pacientes egresados con el diagnóstico de adenocarcinoma gástrico como lesión primaria. La muestra tomada fue de 89 pacientes, obtenida a través del método simple aleatorio.

Resultados: la enfermedad predominó en el sexo masculino y en el grupo de edades entre 56 y 76 años, la astenia, anorexia y la pérdida de peso fueron los síntomas que más revelaron, se realizó endoscopia al 96 % de los enfermos, en el momento del diagnóstico, el 50 % ya tenía metástasis.

Conclusiones: la frecuencia aumentó a partir de los 55 años, 6 de cada 10 pacientes presentaron sangramiento digestivo alto y 8 de cada 10 pacientes el cáncer se localizó entre el cuerpo y el antro pilórico lo que permite la planificación de las intervenciones quirúrgicas sin perder la individualidad.

DeCS: Adenocarcinoma gástrico; sangramiento digestivo

ABSTRACT

Background: different types of cancer that may happen in the stomach exist and the most common is gastric adenocarcinoma.

Objective: to describe the behavior of patients with diagnosis of gastric adenocarcinoma.

Method: An observational descriptive study in three hospitals of Camagüey province from the year 2002 to 2006 was performed. The universe was constituted by all the patients discharged from hospital with diagnosis of gastric adenocarcinoma as primary lesion. The taken sample belonged to 89 patients, obtained through the simple random method.

Results: the disease prevailed in the masculine sex and in the age group between 56 and 76 years, the asthenia, anorexia and the loss of weight were the symptoms most revealed, an endoscopy to 96 % of the sick persons was carried out, at the moment of the diagnosis, the 50 % already had metastasis.

Conclusions: the frequency increased departing from 55 years, 6 out of 10 patients presented high digestive bleeding and 8 out of 10 patients the cancer was located between the body and the antrum pyloricum what allows the planning of the surgical interventions without losing individuality.

DeCS: Gastric adenocarcinoma; digestive bleeding

INTRODUCCIÓN

El cáncer gástrico no es más que la invasión neoplásica del estómago. Existen diferentes tipos de cáncer que pueden ocurrir en este órgano y el más común es el adenocarcinoma. ¹

Desde el 2002 el cáncer gástrico es el segundo más común en el mundo con 934,000 pacientes nuevos por año, esto representa el 8,6 % de todos los casos nuevos de cáncer, lo que significa un gran por ciento del total de tumores malignos registrados. Los países de mayor incidencia actualmente son Japón, China, Europa del Este y algunas regiones de América y Sudamérica, como México, Chile, Colombia Venezuela, Costa Rica entre otros. ²

La neoplasia gástrica es más frecuente en el hombre (2 x 1); se presenta a partir de los 50 años y se incrementa con la edad. Se han descrito diversos factores de riesgo del cáncer gástrico (el más común es el infeccioso), los cuales desempeñan un papel primordial en su génesis, algunos de ellos permanecen en discusión, y otros, por el contrario, se han ido confirmando de forma cada vez más clara. ²⁻⁵

La incidencia del cáncer gástrico en las áreas superiores del estómago, aumenta de manera considerable, al igual que en la parte baja del esófago. ⁶

La cirugía constituye en la actualidad la única modalidad con potencial curativo en pacientes con cáncer gástrico tanto precoz como avanzado. Para el cirujano, el tratamiento de un paciente individual con cáncer gástrico está basado en la evaluación preoperatoria de las variables pronósticas que influyen en la sobrevida, la extensión de la enfermedad, el conocimiento del

resultado derivado del análisis de cohortes de pacientes, así como de la disponibilidad de datos de morbilidad y mortalidad.⁷⁻⁹

El objetivo de esta investigación es conocer el comportamiento de los pacientes con diagnóstico de adenocarcinoma gástrico, con el fin de lograr en un futuro una mejor conducta médico-quirúrgica.

MÉTODO

Se realizó un estudio observacional descriptivo con el objetivo de conocer el comportamiento de los pacientes con diagnóstico de adenocarcinoma gástrico en los hospitales Provincial Manuel Ascunce Doménech , Oncológico María Curie y Militar Octavio de la Concepción y de la Pedraja desde el año 2002 hasta el 2006, en la provincia de Camagüey.

El universo de estudio estuvo constituido por los pacientes egresados con el diagnóstico de cáncer gástrico en dicho período y la muestra tomada fue de 89, obtenida a través del método simple aleatorio.

Se aplicó un formulario confeccionado por los autores y el tutor de la presente investigación, después de realizar una revisión bibliográfica. El mismo contiene las variables a estudiar y se corresponde con los objetivos de la investigación (Anexo 1). Los datos fueron obtenidos por los autores, de las historias clínicas y se convirtieron en el registro primario de la investigación.

Los pacientes utilizados para el estudio cumplieron los criterios de inclusión y exclusión establecidos. Se incluyeron los que tenían diagnóstico de cáncer gástrico como lesión primaria y fueron excluidos los que no tenían bien definidas las variables a estudiar de cáncer gástrico en la historia clínica.

Se utilizaron seis variables, la edad y el sexo, el color de la piel, la localización del carcinoma gástrico, las manifestaciones clínicas, los exámenes complementarios, la presencia de metástasis y su localización para el tratamiento quirúrgico.

La información fue procesada por medio de una microcomputadora utilizando Windows XP con la aplicación Microsoft Office Excel del Office XP. Se utilizó como método estadístico el test de distribución de frecuencia en valores absolutos y por cientos. Los resultados se presentaron en forma de tablas y textos.

RESULTADOS

En cuanto a los grupos de edades y sexo predominaron los pacientes que tenían entre 56 y 76 años, con 53 pacientes para un 59,6 %, seguido de los mayores de 77 años, se afectaron 19 lo que representó el 21,3 %. Se encontró un predominio del sexo masculino con 65 pacientes para un 73,0 %. Tabla 1.

Tabla1. Distribución de pacientes con adenocarcinoma gástrico según grupos de edades y sexo

Grupo de Edades	Sexo				Total	
	M	%	F	%	No.	%
15-34	1	1,1	0	0	1	1,1
35-55	10	11,2	6	6,8	16	18,0
56-76	40	45,0	13	14,6	53	59,6
77 y más	14	15,7	5	5,6	19	21,3
Total	65	73,0	24	27,0	89	100

Respecto a la distribución de las manifestaciones clínicas el dolor epigástrico y la astenia fueron referidos en el 100 %, seguido de la anorexia con 83 pacientes y la pérdida de peso con 81 para un 93, 25 y un 91, 01 % respectivamente. Se debe señalar que el 61, 79 % de los pacientes presentaron sangramiento digestivo alto. Tabla 2.

Tabla 2. Distribución de los casos con diagnóstico de Adenocarcinoma gástrico de acuerdo a las manifestaciones clínicas.

Manifestaciones clínicas	Casos	
	No	%
Dolor epigástrico	89	100
Astenia	89	100
Anorexia	83	93,25
Pérdida de peso	81	91,01
Melena	43	48,31
Constipación	37	41,57
Disfagia	32	35,95
Diarrea	22	24,71
Repletez gástrica	15	16,85
Hematemesis	12	13,48
Regurgitación de los alimentos	7	7,6

Al referirnos a los exámenes complementarios con resultados positivos apreciamos que a 86 pacientes (96,62 %) se les diagnosticó su afección mediante la endoscopia y de las radiografías realizadas 83(93,25 %) tuvieron imágenes subjetivas de una neoplasia gástrica. El 88,76 % de los pacientes presentaron cifras de hemoglobina por debajo de lo normal y se presentó el *Helicobacter Pylori* en 30 pacientes, lo que representó el 33,70 % (Tabla 3).

Tabla 3. Distribución de pacientes de acuerdo a los exámenes complementarios realizados con resultados positivos

Exámenes complementarios con resultados positivos	Pacientes	
	No.	%
Endoscopia	86	96,62
Radiografía contrastada	83	93,25
Hemoglobina baja	79	88,76
Helicobacter Pylori presente	30	33,70

Fuente: Encuesta

En 46 pacientes el adenocarcinoma gástrico se presentó en el cuerpo del estómago para un 51,70 %, seguido de su ubicación en el antro pilórico con 24 pacientes para un 26,96 %. Tabla 4.

Tabla 4. Distribución de los pacientes según el sitio de localización del adenocarcinoma gástrico

Localización del adenocarcinoma gástrico	Pacientes	
	No.	%
Cuerpo	46	51,70
Antro pilórico	24	26,96
Unión esófago-gástrica	19	21,34

Fuente: Encuesta

Respecto a la distribución de pacientes según la presencia o no de lesiones metastásicas y su localización 46 de ellos presentaron metástasis para un 51,68 % y la localización de estas lesiones fueron principalmente a ganglios regionales para el 39,32 %, seguido de la localización en el hígado con 26 y el peritoneo con 18 pacientes para un 29,21 % y un 20,22 % respectivamente. Tabla 5.

Tabla 5. Distribución de los pacientes con adenocarcinoma gástrico según la presencia o no de lesiones metastásicas y su localización

Lesiones metastásicas	Pacientes	
	No.	%
Presencia	46	51,68
No presencia	43	48,31
Localización de las lesiones metastásicas		
Ganglios regionales	35	39,32
Hígado	26	29,21
Peritoneo	18	20,22
Pulmones	5	5,61
Mesenterio	4	4,49
Páncreas	2	2,24

Fuente: Encuesta

Se analizaron a los pacientes de acuerdo a si habían recibido o no tratamiento quirúrgico, 62 de ellos fueron intervenidos quirúrgicamente para un 69,66 % y el resto no recibió tratamiento quirúrgico lo que representó el 30,33 %.

DISCUSIÓN

El adenocarcinoma del estómago es un cáncer común del tracto digestivo que se presenta en todo el mundo, afectando fundamentalmente a la población mayor de 50 años.⁶

Un estudio realizado por los gastroenterólogos Piñol Jiménez y Paniagua Estévez¹⁰ reportan que los pacientes más afectados por adenocarcinoma gástrico tenían entre 50 y 75 años, este resultado coincide con el de nuestro trabajo, así como las guías clínicas del doctor Calvo Belmar y Estay Gutiérrez.¹

El sexo más afectado en nuestra investigación fue el masculino lo cual coincide con el resultado obtenido por los doctores antes mencionados. La Biblioteca Nacional de Estados Unidos evidenció que el sexo más afectado por esta enfermedad en dicho país es el masculino lo cual se corresponde con nuestro estudio.⁶

La mayoría de los investigadores coinciden en cuanto a la clínica de las enfermedades gástricas, las cuales presentan síntomas comunes y la minuciosidad del médico es lo que hará sospechar la presencia de una patología maligna en el enfermo, en los pacientes estudiados los síntomas de mayor trascendencia fueron el dolor epigástrico, la astenia, la anorexia y la pérdida de peso. Esto coincide con el estudio realizado por Pila Pérez¹¹. En el presente estudio tres de cada cinco pacientes presentaron manifestaciones de sangramiento digestivo alto, comprobado mediante la presencia de hematemesis o melena, sin embargo en el estudio realizado por Pila Pérez¹¹ sobre cáncer gástrico operado se evidenció que uno de cada cinco pacientes presentaron hemorragia digestiva alta.

De los exámenes complementarios que favorecieron el diagnóstico del adenocarcinoma gástrico, la panendoscopia oral constituyó la técnica de elección. En nuestro estudio la presencia de *Helicobacter Pylori* estuvo en un tercio de los pacientes diagnosticados con adenocarcinoma gástrico, esta enfermedad infecciosa, como muchas otras, puede ser sintomática o asintomática, una vez que la bacteria coloniza el aparato gastrointestinal humano puede producir en pocas semanas o meses una gastritis superficial crónica, la cual al paso de varios años o incluso décadas, puede degenerar en úlcera péptica o adenocarcinoma gástrico.^{12, 13}

El adenocarcinoma gástrico se puede localizar en cualquier parte del estómago, siendo más común en el antro, el cuerpo y el fundus¹⁴. En nuestro estudio los sitios de mayor incidencia fueron en el cuerpo, seguidos por el antro pilórico y la unión esófago-gástrica, lo que difiere con el estudio realizado por Piñol Jiménez¹⁰.

La mayoría de los adenocarcinomas gástricos se diagnostican en etapa avanzada, pero los adelantos científico-técnicos existentes y asequibles en nuestro medio permiten que el diagnóstico se establezca en estadios menos avanzados de la enfermedad. La presencia de lesiones metastásicas producidas por el adenocarcinoma gástrico en este estudio estuvo en más de la mitad de los pacientes en el momento del diagnóstico y la infiltración a ganglios regionales, al hígado y al peritoneo fueron los sitios de mayor afectación.

En el estudio realizado por Duarte I¹⁵ hace referencia que la metástasis a ganglios regionales es frecuente. En la revisión Piñol Jiménez¹⁰ plantea que las lesiones metastásicas en hígado se producen tempranamente cuando la lesión es del antro pilórico.

La cirugía conserva el papel principal en toda enfermedad neoplásica del estómago, cuya curación solo es posible cuando es diagnosticada precozmente y la resección es radical.¹⁶ Para algunos autores es la única opción terapéutica eficaz y por tanto debe aplicarse a la mayoría de los pacientes, por lo que el diagnóstico en estadio temprano, antes de la aparición de metástasis es la clave del éxito para lograr una supervivencia de más de cinco años después de la cirugía.¹⁷

CONCLUSIONES

Según la distribución de los pacientes por la edad, existió un predominio de aquellos que tenían 56 años en adelante y del sexo masculino.

Las manifestaciones clínicas más frecuentes fueron el dolor epigástrico, la astenia, la anorexia y la pérdida de peso. La panendoscopia oral y la radiografía contrastada mantienen su vigencia para el diagnóstico del adenocarcinoma gástrico.

En siete de cada diez pacientes el adenocarcinoma gástrico se localizó en cuerpo o antro pilórico y más de la mitad de los pacientes presentaron metástasis y sus localizaciones más frecuentes fueron a ganglios regionales e hígado.

El mayor por ciento de los enfermos recibió tratamiento quirúrgico.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Calvo Belmar A, Derio Palacios M, Estay Gutiérrez R. Guías clínicas de Cáncer Gástrico. Series Guías clínicas. MINSAL N°35. Santiago: Minsal, 2006.
2. Patiño JF. Cáncer gástrico. En: Patiño JF (ed.). Lecciones de cirugía. Bogotá, Ed. Panamericana; 2000.
3. Arango Molano LA, Santacoloma Osorio M, Ángel Pinzón A, Franco Marín S, Pava Marín R, Darío Salazar H. Programa de detección precoz del cáncer gástrico con especial atención a las formas tempranas. Rev Colombiana de Cirugía 2006; 22(1):7.
4. Parkin Max, Bray Freddie, Ferlay J, Pisani Paola. Global Cancer Statistics. Cancer J Clin 2005; 55:74-108.
5. Wong BC, Lam SK, Wong WM, Chen JS, Zheng TT, Feng RE et al. Helicobacterpylori eradication to prevent gastric cancer in a high-risk region of China: a randomized controlledtrial. JAMA 2004; 291(2):187-94.
6. Medline Plus Enciclopedia. Cáncer gástrico. Health Day. 2006; 3:1-5.
7. Valenzuela MT, Watkins G, Castro A, Danilla S. Análisis de información científica para el desarrollo de protocolos auge: Cáncer Gástrico. Universidad de Chile 2004.
8. Rubiano Vinuesa J, Velásquez Galvis M. Atrofia, metaplasia y cáncer gástrico: ¿dónde está la evidencia? Revisión de Tema. Rev Colombiana de Cirugía 2007; 22 (1):9.
9. Kinkel K, Lu Y, Both M, Warren RS, Thoeni RF. Detection of hepatic metastases from cancersof the gastrointestinal tract by using noninvasive imaging methods (US, CT, MR imaging, PET): ameta-analysis. Radiology 2002; 224(3):748-56.
10. Piñol Jiménez F, Paniagua Estévez M. Cáncer Gástrico: Factores de riesgo. Rev Cubana de Oncol 1998; 14(3):171-79.
11. Pila Pérez R, Pila Peláez R, Suárez Sori B. Cáncer en el estómago operado: comunicación de 30 casos. Archivo Médico de Camagüey 2003; 7 (4): 5.
12. Sun XD, Mu R, Zhou YS, Dai XD, Zhang SW, Huangfu XM. Analysis of mortality rate of stomach cancer and its trend in twenty years in China. Zhonghua Zhongliu Zazhi 2004; 26(3): 4-9.

13. Zhou L, Sung JJ, Lin S, Jin Z, Ding S, Huang X et al. A five-year follow-up study on the pathological changes of gastric mucosa after H. pylori eradication. Chin Med J 2003; 116(1):11-4.
14. Piñol Jiménez F, Salvador Prato JC, Paniagua Estévez M. Características de la infección por *Helicobacter pylori* en pacientes con adenocarcinoma gástrico. Rev cubana Med 2005; 44 (5-6): 7.
15. Duarte I. Lesiones tumorales y pseudotumorales del estómago. Cap 4. Anatomía Patológica del aparato digestivo. Patología del estómago. 2004 [Consultado el 6 de marzo de 2008] URL disponible:
<http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/anatomiapatologica/04Digestivo/4estomago2.html>.
16. Aiello A, Colombatti A, Figueroa R, Mateus E, Guerra O. Cáncer de estómago: Nuestra experiencia oncomédica. Vol I. 2003.
17. Hartgrink HH, Putter H, Klein Kranenbarg E, Bonenkamp JJ, Van deVelde CJ. Value of palliative resection in gastric cancer. Br J Surg 2002; 89 (11):1438-43.

Recibido: 31 de marzo de 2008.

Aceptado: 7 de julio de 2008.

Dr. José Manuel Toledo Hernández. Especialista de I Grado en Medicina Interna. Máster en Longevidad Satisfactoria. Asistente. Hospital Militar Clínico Quirúrgico Docente Dr. Octavio de la Concepción y de la Pedraja. Camagüey, Cuba.