

Estudio retrospectivo de cien cánceres gástricos operados en el Hospital de Clínicas entre los años 1969 y 1989

Dres. Jorge Pereyra¹, Daniel Varela², Ricardo Fernández³

Resumen

Se analiza una serie de 100 cánceres gástricos operados en las Clínicas Quirúrgicas del Hospital de Clínicas entre 1969 y 1989. Se identifican importantes limitaciones en el diagnóstico, estudio paraclínico y tratamiento, que fundamentan orientaciones hacia donde canalizar los esfuerzos para mejorar el estudio y tratamiento de esta patología.

Palabras clave: Cáncer gástrico. Diagnóstico. Tratamiento quirúrgico. Seguimiento.

Summary

A series of 100 gastric cancers operated in the Surgical Clinics at the Hospital de Clínicas between 1969 and 1989 is analysed. Important limitations in diagnosis, paraclinical study, and treatment are identified. These are the bases for orientation as to where to direct efforts in order to improve study and treatment of this pathology.

Introducción

A pesar de la disminución de su incidencia, el cáncer gástrico continúa siendo un problema de actualidad. La escuela japonesa propone una forma de estudiar y tratar el cáncer gástrico difícil de aplicar en lo inmediato en nuestro medio, lo que no exime del esfuerzo de intentarlo.

En este estudio descriptivo de 100 cánceres gástricos operados en las Clínicas Quirúrgicas del Hospital

de Clínicas se trata de establecer la realidad de este problema en nuestro medio y contribuir a definir las prioridades de desarrollo en el encare futuro de esta patología.

Material y método

Se analizan 100 historias de enfermos con cáncer gástrico, operados en el Hospital de Clínicas entre 1969 y 1989. Es una serie dispersa en el tiempo (Tabla 1), incompleta (no analiza todos los cánceres gástricos de ese período) y elegida al azar. El análisis de cada historia recogió 52 datos de interés referentes a: Datos generales. Antecedentes. Síntomas y signos. Estudios complementarios. Hallazgos operatorios. Operación efectuada. Anatomía patológica. Evolución y seguimiento. El procesamiento de los mismos fue realizado en el computador de la Clínica Quirúrgica «A» con la base de datos «Dbase III plus» y los resultados se exponen en tablas que se discuten individualmente.

Resultados y discusión

- Datos generales.* La distribución por edad (Tabla 2) muestra una edad promedio ligeramente superior a la de Estados Unidos y de Europa^(1,2). La máxima incidencia se observó en la séptima y octava década, aunque se registraron casos en menores de 40 años. El cáncer gástrico predominó en el sexo masculino (3 a 2) como en la mayoría de las series.
- Antecedentes.* De los distintos factores de riesgo de contraer cáncer gástrico (anemia perniciosa, gastrectomía previa, tabaquismo, gastritis crónica, metaplasia intestinal, displasia, pólipos gástricos y hábitos dietéticos particulares) en las historias clínicas analizadas solo se recogieron datos globalmente en el 30% de los casos y referentes a cuatro

Trabajo de la Clínica Quirúrgica «A». Profesor Dr. Francisco Crestanello, Facultad de Medicina, Hospital de Clínicas. Piso 10. Avda. Italia s/n. Montevideo, Uruguay.

¹ Residente. ² Asistente. ³ Practicante Interno.

Correspondencia: Dr. Jorge Pereyra. Hospital de Clínicas. Piso 10. Avda. Italia s/n. Montevideo, Uruguay.

Tabla 1. Dispersión temporal de la serie estudiada

Período	Nº de pacientes
1969-1973	4
1974-1978	30
1979-1983	38
1984-1989	14
Se desconoce el dato	14

Tabla 2. Datos generales

Edad promedio	65 años					
Distribución por sexo	58 M 42 F					
Raza blanca	100					
Grupo etario	21 a 30	31 a 40	41 a 50	51 a 60	61 a 70	> 71
Nº de pac.	0	7	10	11	30	42

Tabla Nº 3. Síntomas y signos

Repercusión general	74%
Dispepsia	60%
Tumor epigástrico	28%
Estenosis gastroduodenal	25%
Hemorragia	22%
Disfagia	11%
Carcinomatosis	11%
Úlcera previa	5%

Tabla 4. Lapso entre inicio de síntomas y consulta

Promedio	5 meses
Mínimo	1 mes
Máximo	36 meses

Tabla 5. Estudios diagnósticos

Examen	Nº de enf. estudiados
E.G.D. convencional	74
E.G.D. doble contraste	
F.G.C.	66
Biopsia endoscópica	49
Fibrolaparoscopia	13
Ecografía hepática	10

factores (tabaquismo, etilismo, gastritis crónica y anemia perniciosa), lo que impide un análisis válido.

c) *Síntomas y signos.* La frecuencia relativa de los diferentes síntomas y signos se muestra en la tabla 3, donde no fue posible discernir entre cánceres precoces y avanzados. La alta incidencia de repercusión general (74%) es atribuible a que la mayor parte de los enfermos son portadores de lesiones evolucionadas. La tabla 4 muestra que el tiempo entre el inicio de los síntomas y la primera consulta varió entre 1 y 36 meses con una media de 5 meses, hecho que podemos atribuir, a la falta de un programa de detección precoz, a la consulta tardía por parte del paciente y/o al menosprecio de los síntomas por parte del médico.

d) *Estudios complementarios.* Los resultados se resumen en la tabla 5. Destacamos que en solo un enfermo se realizó esofagogastruoduodeno con doble contraste. En 44 enfermos se confirmó el diagnóstico preoperatorio de cáncer gástrico por biopsia endoscópica, el resto de los enfermos fue intervenido quirúrgicamente sin confirmación histológica. Solo 37 enfermos fueron completamente estudiados, cumpliéndose las cuatro etapas del diagnóstico (clínica, radiología, endoscopia, estudio anatomopatológico de la biopsia).

Con los datos obtenidos es imposible sacar conclusiones sobre la especificidad y sensibilidad de dichos estudios.

e) *Hallazgos operatorios.* Se resumen en la tabla 6. El porcentaje de cánceres gástricos avanzados es decepcionantemente elevado y probablemente menor al real ya que en aproximadamente un 30% de las historias se desconocen los hallazgos intraoperatorios. Las descripciones operatorias son escuetas e incompletas especialmente en cuanto a la extensión ganglionar (diagnóstico macroscópico y biopsico extemporáneo).

f) *Operación efectuada* (Tabla 7). De 94 enfermos estudiados (en 6 se desconoce el procedimiento quirúrgico) 19 fueron sometidos a una intervención de carácter paliativo no resectiva y en otros 19 solo se realizó laparotomía exploradora con o sin biopsia. 56 enfermos fueron sometidos a resección gástrica; en 43 de ellos gastrectomía subtotal estándar con reconstrucción tipo Billroth II y en solo 8 gastrectomía total. Las descripciones operatorias no permiten establecer si las resecciones fueron de carácter paliativo o curativo. Es casi constante la inexistencia de datos acerca de la magnitud de la resección celolinfoganglionar.

g) *Anatomía patológica.* Las 74 piezas anatomopatológicas estudiadas corresponden a adenocarcinomas. Destacamos que en 28 de ellas solo constaba ese diagnóstico sin mención del grado de diferenciación del tumor. En solo un caso se hizo el diagnóstico de carcinoma superficial.

Tabla 6. Hallazgos operatorios

	1/3 sup	1/3 med	1/3 inf
Topografía tumoral			
Nº de pacientes	23	21	35
Exteriorización serosa	45 pac.		
Carcinomatosis peritoneal	10 pac.		
Invasión de órganos vecinos	24 pac.		
Adenopatías sospechosas	51 pac.		

h) *Evolución y seguimiento.* En más de la mitad de los casos desconocemos si hubo complicaciones por falta de datos. En 25 casos no existieron complicaciones. De las complicaciones consignadas su porcentaje relativo no difiere de las series estudiadas (2).

En cuanto al seguimiento el panorama es desalentador. De los 100 casos estudiados, 60 carecen de datos, y solo 13 enfermos fueron seguidos por más de 6 meses.

Conclusiones

El análisis efectuado, aun cuando es metodológicamente criticable, muestra una realidad decepcionante. A los efectos de mejorarla, aproximadamente dentro de lo que permiten nuestros recursos, es posible identificar una serie de aspectos hacia donde dirigir los esfuerzos.

1. En cuanto al diagnóstico precoz es necesario:

- Identificar claramente a los pacientes de riesgo.
- Confeccionar un interrogatorio guía a someter a dichos pacientes.
- Divulgar el mismo entre los médicos del área de atención primaria.

2. En lo referente a los exámenes paraclínicos creemos necesario:

- Unificar criterios para la realización sistemática del estudio del gastroduodeno con doble contraste.
- Promover la participación activa del cirujano en la fibrogastroduodenoscopia unificando criterios de nomenclatura.

Tabla 7. Operación efectuada

Operaciones paliativas	19
Laparotomía exploradora con y sin biopsia	19
Operaciones resectivas	56
Billroth II	43
Billroth I	2
Gastrectomía total	8
Otras	3

Tabla 8. Complicaciones

Falla de sutura	3
Evisceración	3
Eventración	3
Médicas	3
Hemorragia post-operatoria	1
Peritonitis	1
Infección herida operatoria	1
Otras	3

3. Para establecer el valor relativo de cada forma de resección gástrica en nuestro medio sobre el pronóstico es necesario:

- registrar meticulosamente los hallazgos operatorios, siguiendo, por ejemplo, los criterios de la sociedad Japonesa de Estudio del Cáncer Gástrico.
- Especificar el carácter paliativo o pretendidamente curativo de cada intervención quirúrgica.
- Crear un programa de seguimiento de los pacientes a largo plazo.

Bibliografía

- Hendricks JC. Malignant tumor of the stomach. Surg Clin North Am 1986; 66(4) 683-93
- Nyhus L, Wastell C. Surgery of the stomach and duodenum 4th ed Boston Brown.