

## CARACTERISTICAS CLINICAS ENDOSCOPICAS Y ANATOPATOLOGICAS DEL ADENOCARCINOMA GASTRICO

Juan Gutiérrez Manay\*

### Resumen

*El cáncer gástrico en nuestro país ocupa el primer lugar en hombres y el segundo lugar en mujeres. El objetivo del presente trabajo fue conocer en el Hospital Dos de Mayo algunas variables epidemiológicas del cáncer gástrico. Fueron seleccionados 25 pacientes que cumplieron con criterios endoscópicos y anatopatológicos, se les estudió retrospectivamente entre 1993-1994. El grupo etáreo mayor fue de 51 a 80 años, de los cuales 68% fueron del sexo masculino, con 56% procedentes de la Sierra; el tiempo de enfermedad fue entre 1 mes y 1 año. La sintomatología tuvo una efectividad diagnóstica de 88%. La localización del tumor fue en el antro (48%). No hubo diferencia significativa a la clase de Bormann siendo ligeramente mayor la clase III (32%). El cáncer gástrico fue más frecuente en hombres entre 1 mes-1 año, caracterizado por dolor abdominal, palidez y pérdida de peso. La endoscopia mostró mayor localización en el antro con la Clase Bormann mayormente del tipo III con tipo histológico indeferenciado.*

*Palabras claves: Cáncer Gástrico. Adenocarcinoma*

### Summary

*Gastric cancer in our country occupies first place in men and second in woman. The purpose of this works was to know in Dos de Mayo Hospital some varieties of epidemiological gastric cancer of 100 patients 25 were chosen to comply endodscopy and anatopatology descement. The biggest group corresponds between 51 to 80 years with 68% of male, with a 56% of the place of procedence. The time of sickness correspon ding between 56%. The frequent symthton was abdominal pain, (84%); patiens (68%); loose of weight (68%). Endoscopy was efective with 88%. The localization of the tumours was the cave with a 48%. There was no significant difference to the Bormann class being lightly great Class III with 32%. In this study of 25 patients gastric cancer was more frequent inmale between 1 month 1 year, with characteristics of abdominal pain, paleness and loose of wight.*

*Key words: Gastric cáncer. Adenocarcinoma*

---

### INTRODUCCION

El cáncer gástrico es una de las neoplasias más frecuentes en el mundo, afecta predominantemente a personas de sexo masculino mayores de 50 años. La tasa de mortalidad por cáncer del estómago a nivel mundial es diferente de acuerdo al sexo; así

en hombres Japón Chile y Costa Rica presentan una tasa de 50,40; 46,06 y 45,22 respectivamente. A nivel de sudamericana Venezuela tiene una tasa de 25,45; Uruguay de 24,04; Ecuador de 23,02; Argentina de 17,57; respectivamente. En Estados Unidos en este sexo la tasa de mortalidad es de "6.40" por 100,000 habitantes. En mujeres la tasa

---

\* Doctor en Medicina. Coordinador del Departamento Academico Ciencias Básicas. Facultad de Odontología. UNMSM.

de mortalidad en Japón es de 25,41; en Costa Rica es de 23,41 y en Chile con 20,12 siendo países de alta incidencia.

En Sudamérica países de mediana incidencia la tasa de mortalidad en mujeres es de sólo 3,13 correspondiendo a un país de baja incidencia.

Es usualmente considerado entre las 10 principales causas de muerte debido a cáncer en los Estados Unidos, aún cuando su incidencia *disminuyó* durante las últimas tres décadas.

El cáncer gástrico en nuestro país ocupa la primera causa de muerte por neoplasia en hombres y segundo lugar en mujeres.

El Perú, Ecuador, Bolivia y Venezuela ocupan en sudamérica la misma posición que Chile, Colombia y Costa Rica es decir de alta incidencia. en nuestro país no existe un adecuado registro de cáncer; desconociendo su exacta frecuencia; sin embargo Gálvez Brandon en 1973 señaló que la neoplásia que produjo mayor porcentaje de mortalidad en Lima metropolitana durante los años 1968-1970 fue cáncer de estómago (18%), figurando como primera causa en el sexo masculino (23%) y segunda en el sexo femenino (15%) después del cáncer del cuello uterino. La tasa de mortalidad en nuestro país fue de 12.5 en varones de 10.0 en mujeres por cada 100.000 habitantes.

Se considera una enfermedad de origen multifactorial en que la edad, sexo, raza, procedencia geográfica, factores dietéticos, la presencia de infección por *Helicobacter pylori* y de ciertas enfermedades predisponentes: pólipos adenomatosos, Atrofia gástrica, metaplasia intestinal incompleta, aclorhidria y resección gástrica.

Es usualmente considerado como una enfermedad que afecta al paciente de mediana edad o al anciano y el diagnóstico es raramente considerado en pacientes menores de 40 años.

En Colombia como lo ha demostrado *Correa y Col*, es frecuentemente en la zona andina en los valles tropicales y la costa. La asociación entre aclorhidria y cáncer gástrico es bien conocida. estudios prospectivo han demostrado un aumento de 4 a 6 veces del riesgo relativo de Cáncer gástrico en pacientes con aclorhidria. la aclorhidria puede predisponer a la *proliferación bacteriana* en el estómago; estas bacterias convierten los nitrios en nitrosamidas. Muchos de estos compuestos nitroso son poderosos carcinógenos que se cree actúan sobre el epitelio gástrico. Ha sido postulado que el *Helicobacter Pylori*, cuya persistencia en el estómago esta facilitada por la Hipoclorhidria tendría un papel fundamental en la *conversación*

*de los nitratos* de la dieta en *nitrosaminas* carcinogénicas en el jugo gástrico y este hecho soportaría la *Hipótesis patogénica que involucra al helicobacter Pylori* en el desarrollo del Ca. Gástrico. En los pacientes con SIDA se ha descrito una frecuente "gastropatía hiposecretora" con *hipoclorhidria* que facilitarfa la infección por *Helicobacterd Pylori*. Este podría ser el mecanismo patogénico fundamental para el desarrollo de adecocarcinoma gástrico en estos pacientes.

Recientemente ha aparecido un interés sustancial en le diagnóstico y manejo del *cáncer gástrico temprano* debido a los elevados *porcentajes de cura* que pueden ser logrados en esta comparación con los estados avanzados de la enfermedad. han aparecido reportes de *cáncer gástrico temprano* en la literatura occidental las que ha corroborado los hallazgos *japoneses* de cura de cáncer gástrico de más de *95% a 5 años*. Cuando es diagnosticado y tratado antes que infiltre la muscular propia. Alrededor del mundo se han iniciado esfuerzos impresionantes para la detección temprana de estos tumores. El diagnóstico de cáncer gástrico es basado principalmente en la endoscopia alta combinada con el examen histológico.

La invasividad de la endoscopia generalmente lo hace no factible para la detección masiva para ser sucesivamente llevado a cabo; la mayoría de cáncer gástrico son encontrados en estado avanzado y los pacientes tienen un pobre pronóstico. Varios *marcadores tumorales* han sido evaluados para el diagnóstico temprano de cáncer gástrico, sin embargo *su baja sensibilidad y especificidad* impiden su uso clínico para la detección temprana de esta enfermedad.

En general en los países de mayor incidencia se observa una mayor predominancia de los canceres gástricos o diferenciados y los menor los *infiltrativos, difusos o indiferenciados*.

El objetivo del presente trabajo fue conocer en el hospital Dos de Mayo durante los años 1993-1994, *variables epidemiología como edad, sexo, procedencia, clínicas como presentación clínica; sensibilidad diagnóstica de la endoscopia alta; localización del tumor y características anatomopatológicas*.

## MATERIALES Y METODOS

### MATERIALES:

Este estudio se llevó a cabo para conocer las características clínicas, endoscópicas y anatomopatológicas del cáncer gástrico en el Hospital Dos de Mayo, durante los años 1993-1994.

De un total de 100 pacientes con diagnóstico de cáncer gástrico hospitalizados o atendidos en consultorio externo, se seleccionaron sólo a 25 que cumplieran con los criterios clínicos, endoscópicos y anatomopatológicos. Los restantes se excluyeron por tener datos incompletos en la historia clínica.

**METODOS:**

A los 25 pacientes con diagnóstico anatomopatológico de cáncer gástrico, se le estudio en forma retrospectiva adjuntándose a cada uno en un protocolo (verd anexo 1) lo siguiente:

1. Características epidemiológicas: edad, sexo, lugar de procedencia,
2. Característica clínicas: tiempo de enfermedad, forma de presentación; y
4. Características anatomopatológicas; grado de diferenciación celular y clasificación de Borman.

EDAD	Nº	%
31 - 40	1	4
41 - 50	5	20
51 - 60	6	24
61 - 70	4	16
71 - 80	7	28
81 - 90	1	4
91 - 100	1	4
TOTAL	25	100

CUADRO 1.- PACIENTES CON ADENOCARCINOMA GASTRICO SEGUN EDAD HOSPITAL DOS DE MAYO 1993-1994

T. ENFERMEDAD	Nº	%
0 -1 mes	2	8
1mes - 1año	14	56
1año - 2años	3	12
2años a más	6	24
TOTAL	25	100

CUADRO 2.- PACIENTES CON ADENOCARCINOMA GASTRICO SEGUN TIEMPO DE ENFERMEDAD HOSPITAL DOS DE MAYO 1993-1994

SINTOMA	Nº	%
1. Dolor Abdominal	21	84
2. Palidez	17	68
3. Pérdida de Peso	17	68
4. Dispepsia	14	56
5. Vómitos	12	48
6. Masa Abdominal	8	32
7. Llenura Precoz	8	32
8. Melena	8	32
9. Anorexia	7	28
10. Hematemesis	6	24
11. Disfagia	3	12

CUADRO 3.- PACIENTES CON ADENOCARCINOMA GASTRICO SEGUN FORMA DE PRESENTACION HOSPITAL DOS DE MAYO 1993-1994

LOCALIZACION	Nº	%
FONDO	1	4
CUERPO	6	24
ANTRO	12	48
DIFUSO	6	24
TOTAL	25	100

CUADRO 4.- PACIENTES CON ADENOCARCINOMA GASTRICO SEGUN LOCALIZACION HOSPITAL DOS DE MAYO 1993-1994

GRADO DE DIFERENCIACION	Nº	%
DIFERENCIADO	1	4
INDIFERENCIADO	6	24
TOTAL	25	100

CUADRO 5.- PACIENTES CON ADENOCARCINOMA GASTRICO SEGUN GRADO DE DIFERENCIACION CELULAR (NAKAMURA) HOSPITAL DOS DE MAYO 1993-1994.

TIPO DE BORMANN	Nº	%
I	4	18.20
II	5	22.70
III	7	31.80
IV	5	22.70
V	1	4.60
TOTAL	22	100

CUADRO 6.- PACIENTES CON ADENOCARCINOMA GÁSTRICO SEGUN CLASIFICACION DE BORMANN HOSPITAL DOS DE MAYO 1993-1994

## DISCUSION

### EDAD:

En nuestro estudio, los pacientes fluctuaron entre 39 y 92 años, siendo el promedio de 65.5 años. El mayor porcentaje corresponde al grupo mayor de 51 años y menor de 80 años con un 68%, encontrándose solo 1 paciente (4%) menor de 40 años de edad y a 2 pacientes mayores de 81 años.

El cáncer de estómago es usualmente considerando como una enfermedad que afecta al paciente de mediana edad o al anciano y el diagnóstico es raramente considerado en pacientes menores de 40 años.

Jaramillo en Costa Rica (1), encuentra que el 90% de los casos se desarrollaron en personas mayores de 50 años y un 33% a los 75 años o más, siendo la edad promedio de 61 años. Esto tiene que ver con la actual esperanza de vida que es mayor de los 70 años y que permite una mayor exposición a agentes cancerígenos.

Placencia y col (3), encuentra en menores de 40 años aumento significativo en el número de pacientes con neoplasia localizadas en el cuerpo y el fondo del estómago.

Asimismo, Maehara y Col. (10), encuentra en su estudio de 344 pacientes con cáncer gástrico mayor de 70 años y a quienes se le practicó intervención quirúrgica, una mejor evolución disminuyó el tamaño del tumor, siendo más frecuente, el tejido tumoral diferenciado; la penetración fue menos prominente con disminución del porcentaje de metástasis.

### SEXO:

En este estudio fue más frecuente el cáncer gástrico en el sexo masculino ligeramente más de la mitad (56%) H/M; 1.3/1.

Esta lesión afecta más al sexo masculino que al

femenino en proporción de 2/1 para Costa Rica (1) y Japón, aunque esto parece ser una tendencia mundial. Se ha sugerido que las hormonas sexuales masculinas aumentan la posibilidad y las femeninas la disminuyen. El tabaquismo y el abuso del licor por parte del sexo masculino podría contribuir a esta situación. En Estados Unidos en el estado de Utah, el cáncer gástrico es poco frecuente en el grupo religioso "Mormon" que no fuma ni ingiere licor, todo ello se relaciona con otros grupos de esa área (1). En Japón se considera el tabaco un factor de riesgo, Diaz Placencia (3), encuentra una relación de 2:1 hombres sobre mujeres en pacientes entre 60 a 65 años. En personas jóvenes es más frecuente en mujeres.

### PROCEDENCIA:

La mayoría de pacientes procedían de la región de la Sierra con un 60%.

Jaramilla (1), en Costa Rica encuentra que este tumor es más frecuente en las provincias serranas que en las costera, estableciéndose zonas de alto, mediano y bajo riesgo.

Los estímulos carcinogénicos son muy variables y pueden estar en relación con los suelos y el producto de sus cultivos, los alimentos de una región y su agua potable, los contaminantes de los cultivos por abonos, fumigación, etc. Las costumbres y vicios, la constitución genética del individuo y su capacidad para soportar esos estímulos, el urbanismo, la conservación de alimentos, etc. Es interesante anotar que estudios efectuados por Correa y otros (1), han mostrado que la frecuencia de cáncer gástrico en personas nacidas en regiones de alto riesgo permanece elevada a pesar de que ellas hayan establecido su residencia por muchos años en zonas de bajo riesgo. Así mismo determinados alimentos han sido relacionados con esta enfermedad. Por ejemplo en la región andina la ingesta de habas, ingesta de sal y de comidas saladas; en las poblaciones de alto riesgo se consumen menestran y plantas con raíces tuberosas en abundancia además que se les somete a procesos de cocción, muchas veces folcklóricos como la brasa, pachamanca, refritos, etc.

Posadas y col (2), en su estudio de 56 pacientes con cáncer gástrico encontró que la mayoría procedía de la sierra Libertefña y de Cajamarca que hace 15 a 20 años habían venido a vivir a Trujillo. Inmigrantes procedentes de áreas de alta incidencia a zonas de baja incidencia de cáncer gástrico mantienen una alta frecuencia de esta neoplasia aunque migren antes de los 20 ó 25 años de edad. Los inmigrantes pueden mantener parcialmente las

dietas de sus lugares de origen. Graham (2), en su estudio de 160 casos de cáncer gástrico y 730 controles, plantea que el alto riesgo con el de vegetales crudos, particularmente lechugas, tomates, zanahorias, pepinillos y coles.

#### CUADRO CLINICO:

Los síntomas más frecuentes de presentación fueron dolor abdominal (84%), pérdida de peso y palidez con un 68% y dispepsia con un 56% la presencia de masa abdominal se encontró en un 32%. El sangrado digestivo ya sea como hematemesis o melena se presentaron en un 24 y 32% respectivamente. H.J. Wanebo (9), en su estudio de cáncer gástrico de 1982-1987 encontró pérdida de peso en un 61.6%; dolor abdominal en un 51.6% y náuseas en un 34%. Melena en un 20.2% para una muestra numerosa de 18,365 pacientes.

Espejo(1), en su revisión encuentra la pérdida de peso en un 90% dolor abdominal en el 75%, anorexia en 62%, vómitos en 45%, llenura precoz en un 28%, hematemesis o melena en un 15% y la presencia de masa abdominal en solo un 12% de pacientes.

El cuadro clínico depende del estadio de la enfermedad. El cáncer se desarrolla en un periodo muy largo de 20 a 25 años. En sus primeras etapas aparece muy confiado y por lo tanto no presenta sintomatología propia. Se espera la aparición de síntomas y signos cuando la neoplasia se desarrolla más, causando erosiones, ulceraciones, infiltración y ocupando la masa tumoral zonas como el cardias o píloro.

#### LOCALIZACION:

La localización más frecuente del tumor gástrico fue el antro con 48% del total de pacientes; en el cuerpo el 24%, en forma difusa en el 24% y en el fondo solo en el 4%. Nuestros resultados contrastan con los de Espejo quien en la mayoría de los tumores los sitúa en el cuerpo luego en el antro y menos frecuente en el fondo.

Es importante conocer la localización del cáncer gástrico ya que como lo señala Rohde y Col (12), el carcinoma de cardias; del tercio proximal se caracteriza por aparecer en pacientes de mayor edad (edad media de 61-65 años); el 52% eran mayores de 61 años en el presente estudio. Su localización en la frontera en el tórax y abdomen puede dificultar extremadamente la operación quirúrgica convirtiéndola en peligrosa e inadecuada para una cirugía ampliada lo cual tiene como resultado una

alta tasa de mortalidad entre 11 y 16% con la fuga de anastomosis esofágica con la principal causa de muerte. Así mismo se dice que los pacientes con carcinoma proximal fueron más jóvenes que los pacientes con carcinoma distal, así los varones más jóvenes presentan riesgo más alto de desarrollar un carcinoma de cardias que las mujeres jóvenes. Se ha sospechado con firmeza la existencia de una relación con el hábito de fumar cigarrillos y/o el consumo de alcohol.

También los autores anteriores y otros refieren que el carcinoma gástrico proximal se asocia a estadios tumorales más avanzados e infieren que la operación quirúrgica es más arriesgada para los pacientes de localización proximal que para los de localización distal; incluso en el carcinoma gástrico en estadio temprano y aún cuando los pacientes con localización proximal sean más jóvenes que los pacientes con su localización distal.

También se debe tomar en cuenta lo mencionado por Chew-Wun Wu y Col que los tumores de localización distal tienen una alta incidencia de metástasis linfática en comparación con los tumores de localización media proximal.

#### ENDOSCOPIA:

La efectividad diagnóstica de la endoscopia alta fue del 88% siendo errónea el resultado en solo 3 pacientes úlcera gástrica.

La endoscopia se ha convertido en la técnica estándar para la investigación del tracto gastro intestinal superior desplazando a menudo a la radiología. Sin embargo la disponibilidad de la endoscopia no ha mejorado el índice ni reducido el número de exploraciones radiológicas.

Se ha exagerado la probabilidad que exista un cáncer gástrico cuando se observa radiológicamente una úlcera benigna, en especial por parte de endoscopistas el 3.3% de todas las úlceras gástricas radiológicamente benignas resultaron ser malignas; sin embargo cuando se incluyó en la ecuación el criterio adicional de repetir el estudio radiológico del estómago al final de las 6 semanas de tratamiento solo el 0.6% de los casos de úlcera gástrica "Benigna" fueron en realidad maligno (13).

#### CALIFICACION DE BROMMAN:

El más frecuente fue el tipo III con un 31.8% sin mayor diferencia significativa con los demás tipos. Harol Wanebo (9), encuentra 36% para el tipo III, sin significación estadística sobre los otros estadios. Sin embargo Bitner y Col. encuentran en el anciano un 66.6% para el estadio III y 89.2% para el estadio IV.

#### DIFERENCIACION CELULAR:

En este trabajo el 64% de los pacientes tenían grado indiferenciado. Machara y Col (10), en pacientes mayores de 70 años encuentran: diferenciado en un 71% e indiferenciado en un 29% para el período 1986-1990. Wanebo y Col (9), encuentra para el estadio bien

diferenciado con un 46.1% e indiferenciado con un 37.9% y grado desconocido con un 16%. Pero para los estadios restantes predomina el indiferenciado con un promedio de 56.6%; bien diferenciado con un promedio de 30% y grado desconocido con un promedio de 13.4%.

---

#### BIBLIOGRAFIA

- \* JARAMILLO A.J.; Cáncer gástrico I-II; Tribuna Medica; Vol 86 sept. 1992; Vol. 86 oct. 1992.
- \* POSADAS N.G. et al.; Influencia de la dieta en la etiología del cáncer gástrico; Diagnóstico Vol. 24 Num.1-2; 1989.
- \* DIAZ P.J.; et al.; Significancia pronóstica de la edad en el cancer de estómago resecable; Rev. Gastroent. Perú; Vol.12, 150-154,;1992.
- \* IRIYAMA K. et al.; Valor pronóstico en el carcinoma gástrico con invasión limitada a la pared del estómago; British Journal of Surgery; Vol.80, july 1993.
- \* SERRY J.P.; Aclorhidria y carcinogenesis gástrica; The Lancet; Vol.20, Num.5, 1992.
- \* GOMEZ S.C.et al; Dinamica de la diseminación del carcinoma gástrico; Neoplasia Vol.7, Num.3, mayo-junio 1990.
- \* HIROYUKI O.; Metastases from gastric adenocarcinoma presenting as multiple colonic polyps: Report of a case; Surgery to day; Vol.24, 473-475;1994.
- \* LONGMIRE W.; A current view of gastric cancer in the US; Annals of surgery; Vol. 218, Num.5,579-582,1993.
- \* WANEBO H. et al.; Cancer of the stomach; Annals of surgery; Vol.218, Num.5,583-592,1993.
- \* MAEHARA Y. et al.; El carcinoma gastrico en patients mayores de 70 años de edad; British journal of surgery; Vol.82, 102-105,1995.
- \* BERNAL P.M; Estudio de la tasa de incidencia en España del cancer de estomago. Periodo 1978-1987.; Neoplasia; Vol.9, Num.3; may-jun.1992.
- \* ROHDE H.et al.; Comparacion entre el adenocarcinoma gástrico proximal y el distal: Diferencias y consecuencias; British journal surgery; Vol. 78, Oct.1991.
- \* CLARK M.L.; Endoscopia intestinal alta; The Lancet; Vol.7, Num.2;1985.