

III. CANCER GASTRICO

Dr. Rafael Manzur Luna, Prof. Adjunto Clínica Quirúrgica II.

Dr. Daniel A. Grilli, Jefe de Residentes.

Servicio-Cátedra de Cirugía II (1968-1979). Hospital Central, Mendoza, Argentina.

INTRODUCCION

El cáncer gástrico ocupa el tercer lugar en frecuencia de mortalidad, dentro de la patología neoplásica, en el sexo masculino.

En general podemos decir que la incidencia del cáncer gástrico en los países occidentales, incluida la Argentina, ha ido disminuyendo año tras año. Es así que de 30/100.000 habitantes masculinos en 1930, llegó a descender a 6/100.000 habitantes en 1978. La relación hombre-mujer es de 3/2.⁽²⁾

Sin embargo hay países que mantienen una alta incidencia de cáncer gástrico, como lo son Japón, Finlandia, Islandia, y Ghile en América.

MATERIAL Y METODO

En el Servicio Cátedra de Cirugía II del Hospital Central, desde el año 1968 a 1979 hemos registrado 50 casos de carcinoma gástrico (cuadro 1), siendo el 62 % del sexo masculino y el 38 % del sexo femenino.

CUADRO 1
Cáncer gástrico

50 CASOS

Incidencia según sexo

Masculino	31 casos (62 %)
Femenino	19 casos (38 %)

Incidencia según edad

60-70 años	21 casos (42 %)
36 años	caso de menor edad
82 años	caso de mayor edad

Servicio de Cirugía II (1968-1979). Hospital Central, Mendoza.

CUADRO 2
Cáncer gástrico

Síntomas

Pérdida de peso	36 casos
Dolor	29 casos
Anorexia	24 casos
Pilorismo	10 casos
Vómitos	11 casos
Plenitud posprandial	9 casos
Hemorragia	8 casos
Disfagia	7 casos
Tumor palpable	4 casos
Acidez	7 casos
Astenia	7 casos
Diarreas	1 caso

Servicio de Cirugía II (1968-1979). Hospital Central, Mendoza.

dro 1), siendo el 62 % del sexo masculino y el 38 % del sexo femenino.

La mayor incidencia con respecto a la edad correspondió a la década comprendida entre los 60-70 años con un 42 % de casos.

Nuestros pacientes han consultado por los siguientes síntomas y signos fundamentales: pérdida de peso, 72 %; dolor, 58 %; anorexia, 48 %; vómitos, 40 %; tumor palpable, 8 % (cuadro 2).

LOCALIZACION ANATOMICA

De los 50 casos registrados en nuestra estadística la localización más frecuente correspondió a antropíloro con 36 %; cuerpo, 24 %; techo, 14 %; curvatura menor, 14 %; curvatura mayor, 4 %, y más de una región en un 24 % (cuadro 3).

Todos nuestros pacientes fueron estudiados con radiografías contrastadas y se realizaron endoscopias en el 70 % de los casos (cuadro 4).

CUADRO 3
Cáncer gástrico

Frecuencia de localización

Antropíloro	18 casos (36 %)
Cuerpo	12 casos (24 %)
Techo	7 casos (14 %)
Curvatura menor	7 casos (14 %)
Curvatura mayor	2 casos (4 %)
Más de una región	12 casos (24 %)

Servicio de Cirugía II (1968-1979). Hospital Central, Mendoza.

CUADRO 4
Cáncer gástrico

Rx seriada gastroduodenal	50 casos (100 %)
Gastroscopia	35 casos (70 %)

Servicio Cirugía II (1968-1979). Hospital Central, Mendoza.

RESECADIBILIDAD Y TIPO HISTOLOGICO

La consulta de los pacientes fue generalmente en forma tardía. Tenemos un 42 % de consulta después de los 6 meses de iniciada la sintomatología, lo que va en relación directa con el índice de reseabilidad obtenido, que en nuestra serie es del 64 %; siendo el 36 % no reseables (cuadros 5 y 6).

CUADRO 5
Cáncer gástrico

Tiempo perdido antes de consultar	
2 meses	1 caso
3 meses	24 casos
6 meses	7 casos
1 año	5 casos
Más de 1 año	9 casos

Servicio de Cirugía II (1968-1979). Hospital Central, Mendoza.

CUADRO 6
Cáncer gástrico

Índice de resecabilidad	
Resecables	32 casos (64 %)
Irresecables	18 casos (36 %)

Servicio de Cirugía II (1968-1979). Hospital Central, Mendoza.

De esto se desprende que la consulta generalmente es tardía, por una mala educación sanitaria, lo que motiva que los enfermos se traten por sí mismos ante cualquier dispepsia. Un hecho importante en la demora de un tratamiento eficaz es el factor profesional que subestima los primeros síntomas del cáncer gástrico, que son simplemente los de una dispepsia gástrica.

Debemos recalcar que ante un paciente con mínima sintomatología gástrica se impone realizar un estudio radiológico de doble contraste de esófago, estómago y duodeno y ante la mínima sospecha realizar el estudio endoscópico con biopsia dirigida.⁽⁵⁾

El estudio histológico de nuestros pacientes revela que el 100 % son adenocarcinomas, siendo semidiferenciados el 46 %, indiferenciados el 24 %, diferenciados el 6 %, mucoides el 4 % y sin clasificar el 18 %. Deducimos que el tipo histológico tiene importancia desde el punto de vista de la resecabilidad; mientras más indiferen-

ciado es un tumor, es más agresivo, y lo constatamos en nuestra estadística que revela que de los 12 casos de carcinomas indiferenciados sólo 7 fueron resecables, lo que hace un 60 %; de los semidiferenciados la resecabilidad fue del 75 % y de los diferenciados fue del 100 % (cuadro 7).

CUADRO 7
Cáncer gástrico

	R	P
<i>Tipo histológico y resecabilidad</i>		
Adenocarcinoma diferenciado ...	3 (6 %)	3 0
Adenocarcinoma semidiferenciado	23 (46 %)	17 6
Adenocarcinoma indiferenciado ..	12 (24 %)	7 5
Adenocarcinoma mucóide	2 (4 %)	2 0
Sin clasificar	9 (18 %)	— —

Servicio de Cirugía II (1968-1979). Hospital Central, Mendoza.

CLASIFICACION TNM⁽⁴⁾

Nuestros pacientes fueron clasificados según la Unión Internacional contra el Cáncer por el sistema TNM, que es el siguiente: T1, invade sólo la mucosa; T2, hasta la serosa; T3, cuando penetra la serosa con o sin invasión de estructuras contiguas, y T4, cuando toma toda la pared gástrica en forma difusa, tipo linitis plástica. Aclaramos que la T en este caso se refiere a penetración, debido a que en el estómago el tamaño y la extensión del tumor no siempre tienen relación con el pronóstico. Las adenopatías se codifican: N0, cuando no tienen metástasis; N1, invasión de ganglios vecinos, y N2, invasión de ganglios abdominales alejados. Por último, M0 sin metástasis alejadas y M1 si las hay.

Observamos que la mayor frecuencia en nuestra estadística son T4 con un 52 %, y solamente el 2 % fueron T1. En cuanto a adenopatías tenemos N1 con 44 % y N2 con 22 %, existiendo solamente un 24 % sin adenopatías. Referente a las metástasis alejadas el 24 % de nuestra serie eran M1 (cuadro 8).

CUADRO 8
Cáncer gástrico

TNM y Estadios					
T1	1 caso (2 %)	N0	12 casos (24 %)	M0	35 casos (70 %)
T2	6 casos (12 %)	N1	22 casos (44 %)	M1	12 casos (24 %)
T3	16 casos (32 %)	N2	11 casos (22 %)	Mx	3 casos
T4	26 casos (42 %)	Nx	5 casos		
		Estadio I	8 casos (16 %)		
		Estadio II	13 casos (26 %)		
		Estadio III	15 casos (30 %)		
		Estadio IV	13 casos (26 %)		
		1 caso ignorado			

Servicio de Cirugía II (1968-1979). Hospital Central, Mendoza.

TRATAMIENTO

La conducta terapéutica seguida en nuestros pacientes es la que sigue la Unión Internacional contra el Cáncer. El único tratamiento curativo del cáncer gástrico es la CIRUGIA. Nuestra conducta es la siguiente: tumor localizado en antro-píloro con un grupo ganglionar comprometido, es decir T1, T2, T3-N1-M0, hacemos gastrectomía subtotal, más omentectomía y linfadenectomía del epiplón gastrohepático. Tumor, ubicado en cuerpo gástrico, nos obliga a realizar una gastrectomía total, más omentectomía, y si los ganglios del hilio esplénico están comprometidos se hará esplenectomía y pancreatocetomía caudal. Si el tumor se localiza en techo o región cardial, ha-

remos gastrectomía total por vía combinada toracoabdominal, y si los ganglios gastroesplénicos están comprometidos, se hará esplenectomía, pancreatocetomía caudal y omentectomía.

Las reconstrucciones en caso de gastrectomías totales las hacemos con asa en omega, tipo Roscoe-Graham, y si es subtotal, reconstruimos tipo Billroth II antecólica.^(4, 5)

En nuestra serie figuran realizadas 32 resecciones (cuadro 9) que se dividen de la siguiente forma: gastrectomías subtotales, 8 casos; gastrectomías subtotales ampliadas, 15 casos; gastrectomías totales, 2; gastrectomías totales ampliadas, en 7 casos.

CUADRO 9
Cáncer gástrico

Técnica operatoria				
Resecables (32)		Irresecables (18)		
Gastrectomía subtotal (8)	Billroth I	1	Gastrostomía	5
	Billroth II	7		Gastroyeyuno-anastomosis
Gastrectomía subtotal ampliada (15)	Billroth I	3	Yeyunostomía	
	Billroth II	12		Laparotomía exploradora
Gastrectomía total (2)	Tomoda	1	No se intervino	
	Roscoe-Graham	1		
Gastrectomía total ampliada (7)	Tomoda	1		
	Roscoe-Graham	6		

Servicio de Cirugía II (1968-1979). Hospital Central, Mendoza.

En los 18 casos no resecables, realizamos: 5 gastrostomías, 3 anastomosis gastroyeyunales, 1 yeyunostomía, 8 laparotomías exploradoras y un caso no se intervino por mal estado general.

COMPLICACIONES (Cuadro 10)

Tuvimos las siguientes complicaciones: de las 23 gastrectomías subtotales en 3 casos hubo dehiscencia de sutura, lo que hace un 13%; y de las 9 gastrectomías totales no tuvimos ninguna complicación. Esto último lo atribuimos al método de reconstrucción que hemos adoptado y que es el de Roscoe-Graham, que consiste en llevar una asa en omega y anastomosis en 2 planos al esófago terminal en forma lateroterminal. El asa aferente se pliega sobre la sutura, protegiéndola e impidiendo que la sutura esofagoyeyunal cuelgue; al mismo tiempo que obliga al tránsito intestinal a realizarse solamente por el asa aferente: se completa la técnica con una anastomosis al pie tipo Braun, con el objeto de derivar los jugos biliopancreáticos.

CUADRO 10
Cáncer gástrico

Complicaciones

Gastrectomías totales (9) ...	Ninguna
Gastrectomías subtotales (23)	3 dehiscencias de sutura (13%)

Servicio de Cirugía II (1968-1979). Hospital Central, Mendoza.

EVOLUCION Y SOBREVIDA

Referente a la sobrevida tenemos que decir que ninguno de nuestros pacientes controlados han pasado los 5 años.

De los 32 casos resecables tenemos un 19% de evolución desconocida, un 37% vivos hasta 2 años de evolución y un 44% que fallecieron, pero con una sobrevida de hasta 2 años después de la operación (cuadros 11 y 12).

Como tratamiento complementario la radioterapia no tiene cabida en el arsenal terapéutico.

CUADRO 11

Cáncer gástrico

Sobrevida

Gastrectomías totales (2)	{	Roscoe-Graham (1)	{	1, 1 año (murió)
		Tomoda (1)	{	1, 3 años (murió)
Gastrectomías totales ampliadas (7)	{	Roscoe-Graham (6)	{	2, 2 años (murieron)
			{	2, 2 años (viven)
			{	2, ?
Gastrectomías subtotaes (23)	{	B. I y B. II	{	10, entre 1-2 años (murieron)
			{	4, ?
			{	9, 2 meses-2 años (viven)

(Sobrevida a 5 años: 0)

Servicio de Cirugía II (1968-1979). Hospital Central, Mendoza.

CUADRO 12

Cáncer gástrico

Sobrevida

- 37 % vivos hasta los 2 años.
- 44 % fallecidos, pero con sobrevida de hasta 2 años.
- 19 % evolución desconocida.
- 0 % de sobrevida a 5 años.

Servicio de Cirugía II (1968-1979). Hospital Central, Mendoza.

La quimioterapia precaucional se está imponiendo en varios centros mundiales con resultados alentadores. Nosotros estamos realizándola con 5-fluorouracilo en los 2 últimos años y hemos observado una evolución más favorable de estos enfermos, respecto de los que no reciben quimioterapia precaucional. No hablamos de números porque aún nos faltan cantidad de pacientes y tiempo de evolución.⁽³⁾

En los cánceres no resecables hacemos quimioterapia con 5-fluorouracilo y ciclofosfamida con respuesta favorable en el 25 % de los casos, pero que no sobrepasan los 6 meses de vida.

REFERENCIAS

1. Pérez, Víctor: Gastroenterología, 117-124. 2ª edición, 1977.
2. Cancer Facts & Figures de la American Cancer Society, 1978.
3. Esteves, R. A.: Oncología Clínica, 401-409, ed. 1978.
4. Bockus, H. L.: "Carcinoma gástrico". En: Bockus, H. L. Gastroenterología. Barcelona, 1969, 787-864.
5. Resúmenes de trabajo, del Congreso Mundial del Cáncer, 1978.