

# Cáncer gástrico. Características clínicas, histopatológicas y terapéuticas

Aliro Venturelli L, Jean Michel Butte B\*, Francisco Venturelli M\*\* y Andrea Werner F\*\*.

## RESUMEN

*El cáncer gástrico sigue siendo la primera causa de muerte por cáncer en Chile, aunque su tasa de mortalidad ha disminuido en los últimos años. Para mejorar los resultados terapéuticos en esta patología se requiere, fundamentalmente, hacer un diagnóstico precoz, un estudio preciso y un tratamiento adecuado. Se revisa las características clínicas, estudio practicado, hallazgos quirúrgicos y terapia aplicada en 314 pacientes con cáncer gástrico registrados entre los años 1994 y 2000 por el equipo de cirugía digestiva del Servicio de Cirugía del Hospital Regional Valdivia y se comparan con publicaciones nacionales previas. Se constata que en los últimos treinta años la relación hombre mujer se mantiene, la edad promedio ha subido de 57.3 a 63 años. Los pacientes consultan más oportunamente, presentando un mejor estado nutricional. La hemorragia digestiva clínica secundaria a este tumor ha disminuido de manera significativa. Actualmente el estudio más aplicado y con gran rendimiento es la endoscopia digestiva alta con biopsia, produciéndose un descenso importante del uso de la radiografía de esófago, estómago y duodeno. El porcentaje de resecabilidad ha ido en ascenso, estando actualmente en un 71% y la cirugía más realizada es la gastrectomía total ampliada con disección ganglionar. El porcentaje de cánceres incipientes se mantiene en un 10% de los resecados. (Palabras claves/Key words: Cáncer gástrico/Gastric neoplasm; Diagnóstico/Diagnosis; Tratamiento/Treatment).*

## INTRODUCCIÓN

El cáncer gástrico sigue siendo la primera causa de muerte por cáncer en Chile, representando alrededor del 20% de todas las muertes por cáncer. Su tasa de mortalidad es de 18.7 por 100.000 habitantes a nivel nacional<sup>1</sup>. En la provincia de Valdivia ésta es superior a la media nacional, siendo según datos entregados por el Servicio de Salud de 40,84 por 100.000 habitantes en los hombres<sup>2</sup>.

En Japón, país que presenta la mayor incidencia del mundo de cáncer gástrico, se aplican programas de pesquisa de esta patología en la población sana más susceptible, con buenos resultados, detectando más precozmente

estas lesiones. En Chile, a través de un convenio con Japón, se implementó, hace ya varios años, el mismo programa, pero los resultados fueron insatisfactorios, por lo que finalmente se abandonó. Por estos motivos la única forma de pesquisar esta enfermedad, en nuestro país, es a través de la sospecha clínica, por lo cual, conocer la sintomatología que la caracteriza es fundamental.

En los últimos años hemos asistido a un cambio en las características histopatológicas y terapéuticas aplicadas en cáncer gástrico. Así se ha hecho más frecuente el cáncer de tipo indiferenciado y localizado en el tercio superior del estómago, por lo que ha aumentado significativamente la indicación de gastrectomía total.

---

Instituto de Cirugía, Facultad de Medicina, Universidad Austral de Chile.  
Servicio de Cirugía, Hospital Clínico Regional de Valdivia.

\* Interno de la carrera de medicina, Universidad Austral de Chile.

\*\* Alumno de la carrera de medicina, Universidad Austral de Chile.

El objetivo de este trabajo es actualizar las características clínicas, histopatológicas y terapéuticas que presenta el cáncer gástrico en nuestra provincia y compararlo con cifras nacionales publicadas anteriormente.

## MATERIAL Y MÉTODOS

El equipo de cirugía digestiva del Instituto de Cirugía de la Universidad Austral de Chile y del Servicio de Cirugía del Hospital Clínico Regional de Valdivia lleva un registro de todos los casos que han ingresado a este Servicio con el diagnóstico de cáncer gástrico desde 1994 a la fecha. En él se consigna los datos generales de los pacientes, sus características clínicas y la terapéutica aplicada. Sobre la base de este registro se tabuló el sexo, la edad, sintomatología, exámenes practicados y terapéutica efectuada. La sintomatología no se registró en 18 casos y en otros ésta aparece consignada sólo parcialmente, por lo que los datos que aportaremos se refieren a los casos efectivamente registrados en cada aspecto estudiado.

## RESULTADOS

Desde Enero de 1994 hasta Marzo de 2001 se han registrado 314 casos de cáncer gástrico ingresados al Servicio de Cirugía del Hospital Clínico Regional de Valdivia. De ellos, 224 son hombres y 90 mujeres, lo que da una relación de 2.3/1. La distribución por edad se expone en la Tabla 1, siendo la mayoría de los pacientes de la séptima década de la vida con un promedio de 63 años.

**Tabla 1. Distribución por edad.**

Edad (años)	Nº de casos	%
30 o menos	4	1.4
31-40	8	2.8
41-50	14	4.8
51-60	63	22.0
61-70	124	43.2
71-80	68	23.7
80 o más	6	2.1
Total	287	100

El tiempo de evolución previo a la consulta médica es de tres meses o menos en la mayoría de los casos (Tabla 2). El síntoma más frecuente y causal de la consulta médica, en la mayoría de ellos fue el dolor que se presentó en 243 de 292 casos registrados, lo que da un porcentaje de 83.2%. La hemorragia digestiva macroscópica ya sea leve, moderada o severa, se detectó en 74 de 290 casos, lo que da un porcentaje de 25.5%. Síndrome de retención gástrica se registró en 80 de 294 casos, lo que corresponde a un 27.2%. Sesenta y nueve pacientes de 296 registrados presentaron disfagia (23.3%) (Tabla 3). Veintitrés pacientes no habían presentado baja de peso, 177 de 277 pacientes acusaron al ingreso una baja de peso superior a cinco kg, siendo la mayor pérdida de peso de 33 kg (Tabla 4). Índice de masa corporal se pudo calcular en 173 casos, siendo el más bajo de 14.3 y el más alto de 39 (Tabla 5).

**Tabla 2. Tiempo de evolución.**

Meses	Nº de casos	%
1 o menos	3	1.0
1-3	121	41.5
4-6	72	24.6
7-12	73	25.0
13 o más	23	7.9
Total	292	100

**Tabla 3. Sintomatología.**

Síntoma	Nº casos	%
Dolor	243	83.2
Hemorragia	74	25.5
Retención	80	27.2
Disfagia	69	23.3

**Tabla 4. Baja peso.**

Kilogramos	Nº de casos
0-5	100
6-10	93
11-15	41
16 o más	43

Tabla 5. Índice de masa corporal.

Índice	Nº de casos
20 o menos	24
20–25	56
25,1–30	33
30,1–35	20
35,1–39	40

Al examen físico se encontró masa epigástrica palpable en 44 de 290 casos (15.2%), ascitis en dos, adenopatía cervical de tipo neoplásica en 11 casos.

De los exámenes practicados el hematocrito se encontró bajo 35% en 122 de 273 pacientes (Tabla 6), la albuminemia fue inferior a 3.5 g/dl en 73 de 248 casos (Tabla 7).

Tabla 6. Hematocrito.

Hematocrito	Nº de casos
20 o menos	7
21–35	68
36–40	55
40 o más	96

Tabla 7. Albuminemia.

g/dl	Nº de casos
3 o menos	25
3,1–3,5	48
3,6–4,0	66
más de 4	109
Total	248

Se realizó ecografía abdominal en 233 casos de 276 y TAC abdominal sólo se consiguió en 45 pacientes. Endoscopia digestiva alta no se practicó en sólo tres casos. Biopsia endoscópica no se hizo en sólo ocho procedimientos endoscópicos. Sólo tres pacientes se operaron sin diagnóstico de cáncer preoperatorio. Ocho pacientes no se operaron. Las causas se exponen en la Tabla 8. Radiografía de esófago estómago y duodeno se practicó en 86 pacientes y en 9 de ellas no se hizo diagnóstico ni se sospechó una neoplasia.

Tabla 8. Inoperabilidad.

Causa	Nº de casos
Estado general	2
Metástasis cervical	4
Metástasis hepática	1
Metástasis en médula ósea	1
Rechaza operación	1
Fallece	1
Total	10

Se operaron 304 casos, practicándose una resección gástrica en 217, lo que nos da un porcentaje de resecabilidad de 71%. La cirugía más practicada fue la gastrectomía total que se aplicó en 116 pacientes (Tabla 9). Laparotomía exclusiva se hizo en el 16% de los casos. El 10.3% de los resecados correspondió a un cáncer incipiente (Tabla 10). En relación a la ubicación del tumor en el estómago se detectó compromiso del tercio superior en 104 pacientes y compromiso del antro en 107 casos (Tabla 11). El tamaño tumoral medido en cm<sup>2</sup> de los incipientes se expone en la Tabla 12 y de los avanzados en la Tabla 13. Sólo 27 casos avanzados presentaron tumores de 5 o menos cm de diámetro. El 18% de todas las lesiones son de células en anillo de sello. El compromiso ganglionar detectado en la pieza operatoria se expresa en la Tabla 14. Metástasis peritoneales se detectó en 76 casos (Tabla 15) y metástasis hepáticas en 39 (Tabla 16).

Tabla 9. Procedimientos en cáncer gástrico.

Procedimiento	Nº de casos	%
Esofagogastrectomía	7	2.2
Gastrectomía total	109	34.7
Regastrectomía	2	0.6
Gastrectomía subtotal	99	31.5
Laparotomía exploradora	50	15.9
Gastroyeyunoanastomosis	27	8.6
Yeyunostomía	3	1.0
Gastrostomía	5	1.6
Biopsia de ganglio cervical	1	0.3
Laparoscopia	1	0.3
No operados	10	3.2
Total	314	99.9

**Tabla 10. Grado de profundidad (sólo resecaados).**

Profundidad	Nº de casos	%
Incipiente	13	10.3
Avanzado	113	89.7
Total	126	100

**Tabla 11. Ubicación topográfica del tumor.**

Ubicación	Nº de casos	%
A	62	28.8
C	49	22.8
M	30	14
CE	9	4.2
ECM	2	0.9
CM	16	7.4
CMA	28	13
AM	17	7.9
AD	2	0.9
Total	215	99.9

**Tabla 12. Tamaño de tumores incipientes.**

Tamaño (cm <sup>2</sup> )	Nº de casos	%
1-5	3	23.1
6-10	1	7.7
11-20	1	7.7
21-30	1	7.7
Mayores de 30	2	15.4
Sin información	5	38.5
Total	13	100.1

**Tabla 13. Tamaño de tumores avanzados.**

Tamaño (cm <sup>2</sup> )	n	%
25 o menos	27	23.9
26-50	16	14.2
51-75	11	9.7
76-100	9	8
Mayores de 100	13	11.5
Sin información	37	32.7
Total	113	100

**Tabla 14. Barreras ganglionares positivas (sólo resecaados).**

Barrera	Nº de casos	%
N0	42	30.9
N1	35	25.7
N2	51	37.5
N3	8	5.9
N4	0	0
Total	136	100

**Tabla 15. Metástasis peritoneales.**

P	Nº de casos
P0	206
P1	38
P2	25
P3	13
No consignado	22
Total	304

**Tabla 16. Metástasis hepáticas.**

H	Nº de casos
H0	230
H1	14
H2	16
H3	9
No consignado	35
Total	304

## DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos en este estudio podemos compararlos con publicaciones previas sobre el tema, principalmente con dos de Csendes del año 1975 y 1983, respectivamente. Ambas correspondieron a revisiones de varios hospitales del país<sup>3-4</sup>. Así constatamos que la relación entre ambos sexos prácticamente se ha mantenido, siendo de 2.5/1 en 1993 y 2.3/1 en esta revisión. La edad promedio subió de 57.3 a 63 años con un aumento significativo de los pacientes mayores de 60 años que de 46.7% subieron a 69%.

El tiempo de evolución previo a la consulta ha bajado si lo comparamos con las cifras de 1975, en que el 33% de los pacientes consultaba antes de los cuatro meses, actualmente lo hace el 42.5%. La hemorragia digestiva macroscópica ha descendido en forma muy significativa, ya que en 1975 ésta aparece en el 58.5 %, en 1983 en un 35.7% y actualmente se constata en sólo un 25.5%. Hoy día el síntoma francamente predominante es el dolor que se presenta en el 83% de los casos, comparado con el 73.4% de 1975. Al examen físico encontramos una disminución importante de la masa palpable, ya que en 1975 ésta se consignó en un 29.6% y actualmente la encontramos en un 15.2%<sup>3</sup>.

En los métodos de estudio de esta patología se han producido grandes cambios. La endoscopia digestiva alta ha aumentado de un 34% en 1975 a un 65% en 1983 y a un 99% en nuestros casos. En 1975, biopsia endoscópica se realiza a un 7.7% de los casos, lo que corresponde a un 23% de las endoscopias, en 1983 se realiza en un 82% de las endoscopias y actualmente se consigna en el 97.2% de las endoscopias. A su vez el estudio radiológico de esófago, estómago y duodeno ha disminuido en forma importante, ya que en 1983 se practicó en un 78% de los pacientes a diferencia de nuestra casuística en que se practicó en 86 casos (28.3%).

Los valores de albuminemia han presentado también un cambio importante, ya que en 1975 un 44.4% de los pacientes presentaba una albuminemia igual o inferior a 3 g/dl, porcentaje que ha descendido a un 10%. A su vez, en 1975

albuminemia igual o superior a 4 g/dl, se encontró en un 11.6%, cifra que subió a 44% en la casuística actual reflejando una notoria mejoría en la condición nutricional de los pacientes.

La reseccabilidad del cáncer gástrico ha presentado un alza sostenida de un 40% en 1975 a un 58% en 1983 y a un 71% en la casuística actual. Csendes, ya en 1992 publicó una reseccabilidad de 78%<sup>5</sup>. Deseamos hacer notar que la reseccabilidad en Valdivia en el periodo 1978 -1987 fue de un 38.7%. El aumento de las gastrectomías totales ha sido notorio: 8% de las intervenciones en 1975, 24% en 1983 y 37.5% actualmente, siendo hoy día la cirugía resectiva más practicada. A su vez la laparotomía exploradora exclusiva ha descendido de un 60% en 1975 a un 42% en 1983 y ahora a un 16%. Los pacientes que al momento de operarse en la intervención se detectaba metástasis peritoneales o hepáticas también ha descendido. En esta revisión el 73% de los pacientes operados no presenta metástasis peritoneales, en 1975 la cifra era de un 42%. Actualmente el 85.5% de los operados no tiene metástasis hepáticas. En 1975 era el 68%.

En resumen podemos afirmar que en los últimos treinta años se han producido cambios importantes en relación al cáncer gástrico en nuestro país. La edad promedio de los pacientes ha subido. Sin embargo, éstos consultan más precozmente, en mejores condiciones nutricionales, se estudian en forma más completa y se logra practicar un tratamiento mucho más efectivo como son las resecciones oncológicas de la lesión en la mayoría de ellos.

## REFERENCIAS

1. Llanos O: Cambios epidemiológicos del cáncer gástrico. *Cuad Chil Cir* 1996; 40: 100-3
2. Servicio de Salud Valdivia. Registro Poblacional de Cáncer de la Provincia de Valdivia. Quinquenio 1993-1997
3. Csendes A, Flores N: Cáncer gástrico: Estudio cooperativo interhospitalario. 1ª parte: Clínica y diagnóstico. *Arch Soc Cir Chile* 1975; 2: 297-301
4. Csendes A, Caracci M, Parr G, et al: Aspectos clínicos y terapéuticos del cáncer gástrico (1973 -1979). *Rev Méd Chile* 1983; 111: 262-7
5. Csendes A, Smok G, Medina E, et al. Características evolutivas del cáncer gástrico 1958-1990. *Rev Méd Chile* 1992; 120: 36-42