

Cáncer primitivo del tracto digestivo

Dr. Silvio K Zúñiga*

Con ocasión del XII Congreso Médico Centroamericano recientemente celebrado en Tegucigalpa, Honduras, participamos por parte de nuestro país en una Mesa Redonda sobre "Cáncer del Tubo Digestivo". Motivados por esa intervención tuvimos que hacer una investigación estadística- amplia y no queremos que los resultados de la misma queden perdidos e ignorados. Conocedores de la ausencia de datos de esta naturaleza en nuestro medio, no vacilamos en creer que el conocimiento de ellos será de utilidad al profesional, al catedrático y, sobre todo, al estudiante de Medicina que tiene acceso a estadísticas extranjeras pero que ignora las del país en que le toca desenvolverse en sus actividades universitarias, desconociendo si lo que es cierto allende las fronteras continúa siendo real entre nosotros. Estamos conscientes de que los resultados de esta investigación son la realidad del acontecer en un hospital de Honduras durante un lapso determinado, pero si consideramos que este hospital es general, que es asistencial y que a él confluyen pacientes de todos los rumbos del país por ser el primer centro de su categoría, tenemos que concluir que lo que en él ocurre se acerca bastante bien a la imagen patológica nacional.

MATERIAL

Esta revisión estadística se basa en el análisis de los protocolos elaborados en el Hospital General y Asilo de Indigentes de Tegucigalpa durante un periodo de 9 años (1958 a 1966).

En ese lapso hubo un total de 540 diagnósticos de egreso correspondientes a cáncer del tubo digestivo ubicados desde el esófago hasta el recto. Sin embargo, hemos tenido que eliminar 231 casos porque en ellas faltó la comprobación histopatológica; entre los motivos causantes de esta omisión podemos mencionar el rechazo, a intervención quirúrgica por parte del paciente, lo avanzado de la enfermedad que hizo riesgoso e inútil la exploración operatoria, la poca práctica de biopsias endoscópicas en nuestro hospital y, finalmente, que no se hayan efectuado autopsias ya que es norma tratar de deshacerse de estos casos cuando aún viven y se les envía a su lugar de procedencia, en donde mueren sin tenerse la comprobación diagnóstica. Obligados por esas circunstancias hemos tenido que eliminar casos que probablemente deberían estar comprendidos en esta revisión y nos hemos quedado con 309 en que indubitadamente se trataba de cáncer primitivo del tubo digestivo por conocer la respuesta del examen histopatológico.

En el lapso en estudio hubo 122.951 egresos globales, lo que da una incidencia de 0,25% para el cáncer del tubo digestivo o, dicho en otros términos, en cada 398 egresas hubo 1 caso de cáncer con esa ubicación. No

Jefe del Departamento de Cirugía del Hospital General
Profesor de Diagnóstico Quirúrgico de la Facultad de Ciencias Médicas.

podemos hacer comparaciones con cánceres de otra localización porque en nuestro medio no se han efectuado estudios estadísticos con los requisitos que nos hemos impuesto.

LOCALIZACIÓN

Los 309 casos en análisis estuvieron ubicados en las siguientes partes del tubo digestivo:

Cáncer gástrico	196 casos	-----	63,4%
de intestino grueso	30	"-----	9,7%
hepático	28	" —	9,0%
de vesícula biliar	25	" -----	8,0%
pancreático	14	" —	4,5%
esofágico	10	" —	3,2%
vías biliares principales	3	——	0,9%
de intestino delgado.....	3	" -----	0,9%

Esta comprobación pone en relieve la alta incidencia del cáncer gástrico en nuestros paciente.?, incidencia de predominio conocida por todos aunque insospechada en su magnitud.

Comparando estos datos con publicaciones del área centroamericana constatamos que en El Salvador, Infante Díaz (1) informa hegemonía del cáncer gástrico sobre el resto de los cánceres del tubo digestivo, aunque en un porcentaje ligeramente inferior al nuestro (55%). Según Tejeda y Schrimshaw (2) en Guatemala el cáncer gástrico ocupa el cuarto lugar entre los cánceres en general y el primero entre los del tubo digestivo, seguidos por el del colon, vesícula biliar, páncreas e hígado. Por comunicaciones personales nos hemos informado que en Costa Rica ocurre un hecho similar al nuestro pero ignoramos el porcentaje en relación con otros tumores malignos que se desarrollan en el tracto digestivo.

Se informa (3) que en la América Latina, Chile es el país que presenta mayor mortalidad por cáncer gástrico. En la Argentina, Rojas y Col. (4) aseguran que el cáncer gástrico ocupa el segundo lugar, cediendo el primero a los que se ubican en el intestino grueso y ano. En Venezuela, Añez Bermúdez y Col. (5) informan que en el año 1960, en el cuadro de de mortalidad por cáncer en ambos sexos, el cáncer de estómago ocupó el primer lugar, seguido por el de localización en vías biliares e hígado, intestino grueso y esófago.

En *los* Estados Unidos de Norteamérica, Bockus (6) manifiesta que "por razones no conocidas" la mortalidad por carcinoma gástrico ha disminuido; en 1930 era de 28,9 por 100.000 muertes y en 1955 cayó a 13,0 sin que se haya constatado disminución en los cánceres de otra localización digestiva, sino más bien se ha comprobado un aumento en lo que a cáncer pancreático, colónico o rectal se refiere. Se asegura que desde 1940 (7) el cáncer del recto y del intestino unidos "ha tomado más vidas en este país que el cáncer de estómago". Schottenfeld y Houde (8) informan que el aumento de incidencia del cáncer rectal entre los hombres blancos llegó al 48% en 1945 y en las mujeres blancas al 22% y que esas cifras se han mantenido desde 1950.

En África (9) el porcentaje de cáncer gástrico en relación con los otros cánceres digestivos varían del 20 al 58%; las cifras más altas se observaron en Nigeria, Ghana, Senegal y las más bajas en Egipto.

De Europa y Asia obtenemos de **Wangensteen** (7) los siguientes porcentajes de muerte por cáncer del tubo digestivo en hombres:

Japón	81 %
Noruega	77%
Suecia	63%
Suiza	59%
Inglaterra y Gales	46%

Sin embargo, él mismo hace la salvedad que estos datos se computan en base a **estadísticas** vitales y que necesitan la confirmación autopsica. Manifiesta que estos datos parecen ser ciertos y que la "incidencia de] cáncer puede ser muy modificada por influencias externas". Estas influencias son de todos conocidas pero ninguna ha tenido una comprobación convincente: hábitos alimenticios (arroz entre los japoneses, pescado ahumado en Islandia, tortilla en Costa Rica, ingestión de alimentos muy calientes), excesiva ingesta de alcohol de varias calidades, composición del suelo, del agua, etc. En favor de esta influencia externa podría mencionarse el dato suministrado por Schottenfeld y House que dan al japonés la más alta tasa de muerte por cáncer gástrico y que, sin embargo, los japoneses inmigrantes a los Estados Unidos de Norteamérica tienen una mortalidad alta pero muy disminuida. Al recordar los factores externos es necesario hacer mención de los factores intrínsecos: tendencia familiar al cáncer, grupos sanguíneos, hipo o aclorhidría, raza, anemia perniciosa (10), gastritis crónica, pólipos adenomatosos (11).

SEXO

Los cánceres del tracto digestivo quedaron distribuidos por sexo en la siguiente forma:

Masculino	185 casos — 59,3%
Femenino	124 "-----40,1%

Presentada en otra forma, 3/5 partes de los cánceres digestivos fueron del sexo masculino y 2 '5 partes del femenino. Vistos, pues, en conjunto no hubo un muy manifiesto predominio por sexo aunque la balanza se inclinó levemente a favor del primero de los grupos (Fig. N° 1).

EDAD

La distribución por décadas nos dio el siguiente resultado:

1a década	2 casos	-----	0,6%
2a "	9 "	-----	2,9%
3a "	14 "	-----	4,5%
4a"	33 "	-----	10,6%
5a"	61 "	-----	19,7%
6a »	95 "	-----	30,7%
7a "	69 "	-----	22,3%
8a »	25 "	-----	8,0%
9a "	1 caso	-----	0,3%

La década que tomó el mayor número de casos fue la 6^a; sin embargo, el mayor número de casos estuvo comprendido por la suma de los casos de la 5^a, 6^a y 7^a décadas, que dan un total de 225 correspondiente a un 72,7%. (Fig NO 2).

ELIMINACIONES

Como anteriormente se dijo, nos vimos forzados a rechazar 231 protocolos por la falta de comprobación anatomopatológica. Creemos que estos diagnósticos clínicos, apoyados en exámenes complementarios laboratoriales y radiológicos, probablemente eran ciertos en un elevado porcentaje. Queremos dejar constancia de su distribución que, en cierta medida, viene a reforzar la distribución de las casos confirmados:

Estómago	163 casos
Hígado	25
Vesícula y vías biliares	14 "
Páncreas.....	7 "
Esófago	6
Intestino grueso	6 "
Duodeno	2
Intestino delgado	1 caso
Varios flinfosarcoma, carcinomatosis)	7 casos

Los casos de cáncer de estómago que no tuvieron confirmación estuvieron, en su mayoría, en Servicios de Medicina (118 casos) y otro tanto pasó con los cánceres de vías biliares que fueron englobados en esos servicios con el oscuro diagnóstico de "Cáncer de encrucijada biliar".

ANÁLISIS ESTADÍSTICOS POR LOCALIZACION

Una vez efectuado el estudio de conjunto del cáncer del tracto digestivo, pasaremos a analizar separadamente cada una de las ubicaciones observadas. En este análisis no seguiremos la continuidad anatómica del tubo digestivo sino que iremos en orden decreciente de frecuencia, de lo más frecuentemente constatado hasta lo que con menor frecuencia se observó.

I.—CÁNCER DEL ESTOMAGO

Be los 309 casos en análisis en 196 ocasiones el cáncer estuvo localizado en el estómago. Si consideramos su frecuencia comparativa con otros cánceres del tracto digestivo constataremos que su porcentaje asciende a 63,4 o sea que casi 2/3 partes de la neoplasias malignas del tubo digestivo estuvieron localizadas en este órgano en el lapso en estudio. Su incidencia global fue de 0,16% o, dicho en otros términos, 1 de cada 627 que egresaron del hospital estaba afecto de cáncer gástrico. Parece que la incidencia global hospitalaria en otros países latinoamericanos es mayor que la nuestra; para el caso, Covelli y Abaúnza (12) dan al Hospital San Juan de Dios, de Bogotá, una incidencia hospitalaria de 0,78% ; **sin** embargo, la selección de sus casos no se basó en estudio histológico ya que agregaron casos radiológicos y operatorios sin estudio microscópico; recuérdese que hemos tenido que eliminar buen número de casos que no cumplían este requisito.

SEXO

Su distribución por sexos se expone en el siguiente cuadro:

Sexo masculino	126 casos	-----	64,2%
Sexo femenino	70 "	-----	25,7%

Según Wangensteen (7), sólo en Suiza la mortalidad por cáncer gástrico en mujeres se acerca a la de los hombres por igual causa. En la revisión efectuada en El Salvador por Infante Díaz (1) no se encontró predominio apreciable de ninguno de los sexos, aunque investigadores anteriores sí la habían encontrado a favor del masculino. En el resto de la literatura consultada se da un manifiesto predominio al cáncer gástrico en el hombre (2, 3, 5, 6, 12, 33) en las proporciones de 3:2 o 2:1. En nuestro Hospital General casi se cumplió la proporción de 2:1. (Fig. 3).

EDAD

En el siguiente cuadro observamos la distribución por décadas y sexo:

2*	década	.....	2	casos	-----	1,0%
3 [^]	"	5	"	-----	2,5%
4 [^]	"	19	"	-----	9,6%
53	"	.....	37	"	---	18,8%
6*	"	.....	67	"	-----	84,1%
7 ^d	"	.....	54	"	-----	27,5%
8 ¹	"	.....	12	"	—	6,1%

El examen de este cuadro demuestra que la década más afectada fue la 6[^], que tomó más de 1 "¿ de los casos. Se puede inferir que las décadas que monopolizaron el cáncer gástrico fueron la 5[^], 6[^] y 7[&] ya que sumadas dan un 80,4% del total. En la serie la edad mínima en que &e comprobó cáncer gástrico fue de 16 años y la máxima de 79.

En Lima, Perú (13), el predominio existió en los que estaban entre los 50 y 60 años y lo mismo informa Montenegro (14) en Sao Paulo, Brasil, Covelli y Abaúnza (12) en Colombia y Añez Bermúdez y Col. (5) en Venezuela. Se informa que en la Clínica Mayo (8) la década cumbre fue la 6*, en tanto que en la Clínica Lahey lo fue la 7*. En Boston (15) la máxima frecuencia se observó en la 8[^] década, seguida por la 7[^] y la 6[^].

Del análisis de conjunto podemos deducir que a partir de la 5[^] década se hace más frecuente el cáncer gástrico, tiene su cúspide en la 6[^] o 7[^] décadas y, de ahí en adelante, empieza a decrecer con frecuencia, sobre todo en los países cuyo promedio de vida no ha llegado a esos límites. (Fig. 4).

RAZA

De los 196 casos sólo 1 pertenecía a la raza blanca y su sitio de origen era Italia pero residía en el departamento de La Paz desde hacía varios años. Todos los demás eran mestizos según consta en los protocolos **estudiados**.

PROCEDENCIA

Su distribución por departamentos de procedencia fue la siguiente:

Francisco Morazán	.....	75	casos
Olancho	.....	23	"
El Paraíso	.....	22	"
Yoro	.....	16	"
Choluteca	.....	11	"
Comayagua	.....	10	"

Cortés	9	
Santa Bárbara	8	"
Valle	7	
La Paz	5	
Ocotepeque	2	"
Atlántida	2	
Gracias	2	"
Copan	2	"
Intibucá	1	caso
Lempira	1	

Como era lógico esperarlo, el departamento que aportó mayor número de casos fue aquel en que está ubicado el Hospital General, pero llamamos la atención que los casos observados en ese departamento representa únicamente el 38% del total y el 62% restante agrupaban pacientes procedentes de todos los departamentos restantes, quedando excluidos únicamente Islas de la Bahía y el de Gracias a Dios.

OCUPACIÓN O PROFESIÓN

En lo referente a este renglón, su distribución queda detallado en el siguiente cuadro:

Jornaleros	122	casos
Oficios domésticos	70	
Motorista	1	caso
Mecánico	1	
Relojero	1	
Licenciado en Leyes.....	1	

En cuanto a la posición socioeconómica todos eran, en su mayoría, de la clase pobre que tiene que acudir a un hospital de beneficencia.

DURACIÓN DE SÍNTOMAS

El inicio de la enfermedad gástrica se tomó de acuerdo con el cuadro expuesto a continuación, el cual se elaboró tomando en cuenta el momento de admisión al hospital. Nada nos autoriza para tomar como cierto **que** esa sea la duración de la enfermedad ya que forzosamente tiene que ignorarse la fase silente inicial y, además, no podemos saber si los síntomas iniciales eran debidos al cáncer de estómago o a otra afección. **Sea** como fuera, los síntomas primarios acusados por los pacientes databan de acuerdo con el siguiente cuadro:

1 mes	12	casos	} 104 casos. 53%	} 86%
2 meses	23	"		
3 "	23	"		
4 "	18	"		
5 "	10	"		
6 "	18	"		
7 meses a 1 año	66	"	33%	

1 1/2 años	4	"	} 36 casos...13%
2 años	6	"	
3 "	10	"	
4 "	3	"	
5 "	2	"	
6 "	1	caso	

Se infiere del estudio del cuadro de duración de la sintomatología de la enfermedad que el 86 % de los casos tuvieron una evolución comprendida dentro de un año y que en más de la mitad de los casos la misma cayó dentro de los primeros 6 meses. Las evoluciones mayores de un año fueron una minoría y, aunque factibles, cuanto mayores en tiempo más hacen crear la duda de su autenticidad.

Sánchez (13) informa que el 84,9/i de sus casos referían síntomas por un año o menos. Covelli y Abaúnza (12) manifiestan que en su serie de 755 tases observados en **Bogotá** el promedio de duración de la **sintomatología** fue de **10** meses. La duración encontrada por Veidenhemer y Logan (16) en la Clínica Lahey es semejante a la nuestra ya que en el 82% de su grupo les pacientes habían tenido síntomas por un período menor de un año. Heasley y Botsford (15), en un hospital de Boston, E.U.A., el 86/i de los pacientes tuvieron manifestaciones por 1 año o menos y el 64% sólo las acusaban por 6 meses o menos al momento de la admisión. Según Bockus (6), una larga historia de síntomas dispépticos con duración de años es infrecuente, siendo lo común que se encuentren comprendidos dentro de un lapso de un año.

COMIENZO Y CURSO DE LA ENFERMEDAD

Una vez instalados los síntomas el curso .seguido por la enfermedad no fue uniforme, como tampoco fue uniforme su manera de iniciarse. Detalles de estos respectos se consignan en el siguiente cuadro:

Comienzo insidioso. . . .	Evolución progresiva. . . .	163 casos —	83,1%
	Evolución irregular.....	14 "	----- 7,1%
Comienzo brusco	Evolución progresiva. . . .	11	— 5,6%
	Evolución irregular	7 "	— 3,5%

Se deduce del cuadro anterior que en 90,3% de lo.3 casos el comienzo de nuestro grupo de caces fue iniciado por leves manifestaciones a las que se 'e fueron agregando otras, a! mismo tiempo que se acrecentaban las ya existentes (83,1%) o siguieron un curso irregular en que algunos síntomas disminuían y hasta desaparecían con diversos intervalos asintomáticos (7,1%). En el 9,1% la manera de instalación de la enfermedad fue brusca e intensa, prevaleciendo en este pequeño grupo los atributos de una marcha progresiva.

Los síntomas acusados por los pacientes quedan consignados, por orden decreciente, en el cuadro siguiente:

DOLOR	174 casos... 88%
1) Epigástrico	153
a) Preprandial	14
b) Postprandial	79
c) Sin relación con comidas	17
d) Continuo	11
e) No especificado	32
2) Hipocondrio derecho	6
3) Retroesternal	6
4) Difuso	5
5) Hipocondrio izquierdo	3
6) Umbilical	1
PERDIDA DE PESO	149 " ...76%
VOMITOS	144 " ...73%
1) Postprandiales	111
a) Inmediatos	10
b) ½ hora después ingesta	6
c) 1 hora después	8
d) 2 horas después	12
e) Tardíos	9
f) No especificado	66
2) Esporádicos	33
ANOREXIA	99 " ...47%
PLENITUD GASTRICA	81 " ...40%
ESTREÑIMIENTO	79 " ...38%
DEBILIDAD	77 " ...37%
NAUSEAS	68 " ...34%
ERUCTOS	60 " ...30%
HECES NEGRAS	45 " ...22%
TUMOR ABDOMINAL	39 " ...20%
1) Epigástrico	27
2) Hipocondrio derecho	3
3) Umbilical	8
4) Hipocondrio izquierdo	1
VOMITOS NEGROS	19 " ...9%
SIALORREA	19 " ...9%
FIEBRE	16 " ...8%
DISFAGIA (sólidos 12, sólidos y líquidos 2)	14 " ...7%
DIARREAS OCASIONALES	10 " ...5%
HEMATEMESIS	9 " ...4%
INSOMNIO	6 " ...3%
EDEMAS ETREMIDADES INFERIORES	6 " ...3%
PALIDEZ	5 " ...2%
ONDAS PERISTALTICAS DEL ESTOMAGO	5 " ...2%
DISTENSION ABDOMINAL	5 " ...2%
LINFADENOPATIA SUPRACLAVICULAR IZQUIERDA	2 " ...1%

El síntoma más frecuentemente acusado fue el dolor de localización epigástrica (78%), de ocurrencia postprandial en más de la mitad de los casos. La pérdida de peso (76%) fué en frecuencia el segundo síntoma acusado, seguido muy de cerca por vómitos postprandiales (73%) y, más

a distancia, por anorexia (47%). Plenitud gástrica, estreñimiento y debilidad siguieron a los anteriores casi en igual porcentaje. De las manifestaciones hemorrágicas en tubo digestivo la más frecuente fue melena (22%), en tanto que los vómitos en "pozo de café" y la hematemesis fueron más escasos. En el 20% de los casos el paciente acusó haberse palpado tumoración abdominal, lo que testifica lo avanzado en que se encontraba el mal en el momento de su ingreso. La linfadenopatía supraclavicular izquierda relatada por el paciente sólo se observó en el 1% de los casos.

Pachano y Molina (3), en 272 casos encontraron que el orden de frecuencia de los síntomas fueron: dolor abdominal (76%), pérdida de peso (71%), vómitos (50%) y anorexia (44%), síntomas y porcentajes que casi se calcan con los observados por nosotros. Casi igual orden de frecuencia de síntomas se observó en Boston (16). En Colombia (12) los síntomas más frecuentes fueron dolor epigástrico, anorexia, vómitos y pérdida de peso, síntomas que en nuestra investigación encabezaron la sintomatología.

Según Bockus (6) el cuadro clínico de estos enfermos es el siguiente: paciente mayor de 50 años que un año antes ha desarrollado incomodidad epigástrica, a menudo agravada por la alimentación y que se ha intensificado progresivamente; en los tres últimos meses pueden haber aparecido anorexia, náusea, regurgitaciones y ocasionales accesos de vómitos; ha habido pérdida progresiva de peso y de fuerzas pudiéndose palpar una masa tumoral en el epigastrio. Asegura que el reconocimiento de este conjunto de síntomas salvará pocas vidas: el paciente es inoperable. Por eso hace énfasis en la importancia de detectar los primeros síntomas que inician el cuadro clínico y analiza sucesivamente como tales a la incomodidad epigástrica, trastornos del apetito, síndrome de úlcera péptica, hematemesis o melena, dispepsia crónica, síntomas colónicos, etc. y concluye que no hay inicio característico para el carcinoma del estómago, aconsejando un estudio físico y complementario completo cuando ante determinado síntoma se sospeche la presencia del mismo, ya que los resultados negativos son raros en cánceres gástricos capaces de ocasionar síntomas. Según Wangenstein (7) hay buenas razones para creer que la presencia de síntomas sugieren que la lesión ha estado presente aproximadamente por 20 meses.

Algunos de los cánceres gástricos de nuestra serie se presentaron al hospital con síndromes clásicos; en 111 ocasiones acusaron un franco síndrome pilórico y en 10 oportunidades el síndrome presente fue el esofágico, manifestaciones que desde ya nos están hablando de la proporción de ubicación proximal o distal del cáncer gástrico.

HALLAZGOS FÍSICOS

La exploración física de estos pacientes no dio hallazgos paralelos a la abundancia de síntomas acusados por los mismos. Esto queda claramente expuesto en el siguiente cuadro:

No se comprobó ningún hallazgo anormal	.....	28 casos	...14,2%
Sólo se comprobó un hallazgo anormal	.....	56 "	...28,5%
Se comprobaron dos hallazgos anormales	.....	52	...26,5%
Se comprobaron tres o más hallazgos	.....	60	...30,6%

Este cuadro nos viene a demostrar que el cáncer gástrico no es muy florido en sus manifestaciones físicas, aún en los casos avanzados.

Los casos que presentaron signología única, doble o múltiple nos han facultado para elaborar el siguiente cuadro de comprobaciones físicas:

DOLOR	101 casos...60%
Epigástrico	72
Epigastrio e hipocondrio derecho	14
Hipocondrio derecho	6
Región umbilical	4
Hipocondrio izquierdo	4
Difuso	1
TUMORACION	62 " ...36%
Epigástrica	31
Umbilical	11
Hipocondrio derecho	11
Hipocondrio derecho y epigastrio	9
ELEVACION TERMICA	29 " ...17%
Febrícula	18
Fiebre	11
EMPASTAMIENTO EPIGASTRICO	21 " ...13%
DILATACION GASTRICA	18 " ...10%
DEMACRACION	18 " ...10%
PALIDEZ	15 " ...8%
HEPATOMEGALIA NODULAR	13 " ...7%
ASCITIS LIBRE	11 " ...6%
HIPERMOTILIDAD GASTRICA	7 " ...4%
DESHIDRATACION ACENTUADA	6 " ...3%
LINFADENOPATIA SUPRACLAVICULAR IZQUIERDA	5 " ...3%
NODULOS SUBCUTANEOS	4 " ...3%
EDEMA MIEMBROS INFERIORES	3 " ...1%
TUMORACIONES OVARICAS	2 " ...1%

Por él se demuestra que al examen físico el dolor vuelve a ocupar el sitio de honor, de localización en forma exclusivamente epigástrica en el 72% y combinada en el 86%. Como segundo hallazgo encontramos la constatación de tumoración y, asimismo, el sitio de máxima frecuencia fue el epigastrio. En porcentajes mucho menores se comprobaron febrícula o fiebre y empastamiento epigástrico. Si consideramos únicamente el sexo femenino el porcentaje para las tumoraciones ováricas asciende al 2.7%.

En la serie analizada por Pachano y Molina (3) se comprobó masa abdominal en el 26% de los casos y en ella, también, la ubicación más frecuente fue epigástrica (78%). Según Bockus la incidencia de masa palpable es mayor entre los pacientes de dispensario y de sala que la que se comprueba en la práctica privada y asegura que en la actualidad en su país se palpan menos carcinomas gástricos que los que se detectaban hace 20 años, indicio de que algo se ha hecho en el diagnóstico precoz en esa nación. Este último hecho puede explicar que en la serie estudiada en la Clínica Lahey (15) no hallaran anomalía física en el 71.6% de los casos pues dicha serie comprendía un período de 10 años que terminaba

en 1958. En el Hospital Obrero de Lima, Perú (13), el adelgazamiento fue el signo más común, en tanto que masa palpable y palidez sólo se encontraron en 1/3 de los casos. En Colombia (12) la constatación de tumor se comprobó en el 21% de los casos, lo que se interpretó como comprobación de "lo tardío en consultar al hospital".

La constatación de una masa palpable, de metástasis supraclaviculares y de la implantación en el fondo de saco de Douglas (7) son testimonio de una lesión avanzada; creemos que a esta tríada enunciada por Wangenstein podría agregarse ascitis hemorrágica y hepatomegalia nodular como manifestaciones adversas a la inextirpabilidad del cáncer.

RADIOLOGÍA

Es universal la aceptación de que la Radiología es el auxiliar más valioso para efectuar el diagnóstico de cáncer gástrico. En los cánceres gástricos que han llegado a dar síntomas esta precisión llega aproximadamente al 90% (17) requiriéndose para alcanzar esta cifra pericia del radiólogo, examen completo (fluoroscopia y placas de acecho), limpieza del estómago y, a veces, re-examen en los casos dudosos.

En nuestra serie no logramos encontrar los informes radiológicos en 22 ocasiones, a pesar de que en los protocolos había constancia de que dicho examen se había efectuado. En los 174 casos en que sí se tuvo a la vista el resultado de la exploración radiológica los casos se dividieron en dos grupos:

El informe fue negativo por patología.....	4 casos
El informe fue positivo por patología	170

Esta da a Radiología un porcentaje de acierto de 97,7. El error sólo se efectuó en el 2,2%. Hacemos la salvedad que este escaso error radiológico se refiere únicamente a los falsos-negativos; desconocemos las cifras exactas de los falsos-positivos ya que no nos fue posible obtener todos los casos en que Radiología aseveró o sospechó la existencia de un cáncer gástrico que ulteriormente se demostró que no existía; tenemos la impresión que el porcentaje de este último grupo es un poco mayor que el error mencionado.

No deja de sorprender que en esta serie el porcentaje de aciertos sobrepase al promedio universal y creemos que parte determinante del mismo radica en lo avanzado del proceso neoplásico en el momento de efectuar el examen. En apoyo de esta creencia tenemos el estudio de Comfort y Asoc. (18): en una serie de 226 carcinomas menores de 4 centímetros sólo en el 33% de los casos demostraron su existencia radiológica, en otro 36% lo sospecharon y en el 30% no encontraron evidencia de malignidad; en los casos menores de 1 centímetro la corrección diagnóstica descendió al 11%.

A continuación se expone el cuadro que detalla los hallazgos radiológicos en nuestra serie:

1.—EXISTENCIA DE PROCESO ORGÁNICO GÁSTRICO	170 casos 97,7%
A.—Antral o pilórico	127 casos 74,7%
a) Total	75 "
b) Parcial	52 "

B.—CUERPO	19	"	11,1%	
a) Cara anterior o posterior .	9			
b) Curvatura menor, en ángulo	5			
c) Curvatura menor, porción vertical	3			
d) Curvatura mayor, mitad distal	2			
C.—ANTRO Y CUERPO	13	"	7,6%	
a) Antro y curvatura mayor	4	"		
b) 2/3 distales	4			
c) Linitis plástica	3	"		
d) Antro y mitad distal curvatura menor	2	"		
D.—FONDO	11	"	6,5%	
a) Con invasión a cardias y esófago	10	"		
b) Localizado en fondo	1 caso			
2.—DILATACIÓN GÁSTRICA	80 casos		47,0%	
3.—RETENCIÓN DE LÍQUIDOS Y SÓLIDOS	75	"	44,1%	
4.—AUSENCIA DE ONDAS PERISTÁLTICAS	24	"	14,1%	
6.—METÁSTASIS OSEAS (COSTALES)	2	"	1,1%	
5.—HEPATOMEGALIA	7	"	4,1%	
7.—METASTASOS PULMONARES	1 caso		0,5%	
8.—ASCITIS	1	"	0,5%	

LABORATORIO

De manera concisa expondremos los datos aportados por los exámenes laboratoriales, haciendo breves comentarios y deteniéndonos un poco en los que creamos más importantes.

HEMATOCRITO

Los resultados de este examen se condensan en el siguiente cuadro:

Menor de 20 vols./OO	7 casos	3,5%
Entre 21 y 30 vols./OO	39 "	19,8%
Entre 31 y 40 vols./OO	102 "	52,0%
Mayor de 41 vols./OO	48 "	24,4%

Las cifras que con mayor frecuencia se constataron estaban comprendidas entre 35 y 37 vols./OO (44 casos o sea el 22,4% de las veces). El **hematócrito** más bajo fue de 17 y el más alto de 50 vols./OO.

Del análisis del cuadro anterior se puede deducir que en nuestra serie no se comprobaron como frecuentes valores bajos del hematócrito; por bajo de 30 vols./OO sólo se encontró un 23,3% ; las cifras entre 31 y 40 son las que más frecuentemente constatamos en nuestra población hospitalaria por su mala alimentación, por su parasitismo intestinal, etc. Creemos que las cifras mayores de 41 vols./OO son artificiales y que probablemente estaban producidas por hemoconcentración condicionada por vómitos repetidos (síndrome pilórico o cardial). Este mismo argumento se podría esgrimir para asegurar que todos los casos o su mayoría

iban acompañados de hemoconcentración y que, por tanto, el hematócrito estaba más bajo que lo que nos da el cuadro antes expuesto; no podemos aseverar o negar tal hipótesis pues en muy pocos casos se repitió esta determinación una vez corregida la deshidratación, pero en las oportunidades en que sí se hizo los hematócritos descendieron, como era de esperarse.

HEMOGLOBINA

Esta determinación nos dio el siguiente cuadro:

Entre 4, 5 y 8 gm./OO	49 casos	... 25,0%
Entre 9 y 13 gm./OO.....	129 "	... 65,8%
Mayor de 14 gm./OO	18 " "	... 9,1%

Las cifras más frecuentemente encontradas oscilaron entre 10 y 12 gm./OO (87 casos). La determinación más baja fue de 4,5 y la más alta fue de 15 gm./OO.

Las mismas consideraciones hechas a los hallazgos de hematócrito pueden aplicarse a las de la hemoglobina.

GLÓBULOS BLANCOS

Se confecciona el siguiente cuadro con los resultados recogidos de los protocolos en que se encontraron las cuentas de leucocitos:

Más de 10.000 por mm ³	19 casos	... 11,5%
Entre 6 y 10.000 por mm ³	88 "	... 53,3%
Menos de 6.000 por mm ³	58 "	... 35,1%

Se puede concluir que el cáncer gástrico no suele ir acompañado de leucocitosis ya que en más del 88% de nuestra serie no comprobamos tal hecho.

La fórmula leucocitaria no se determinó en todos los casos. Con lo que tenemos a mano elaboramos el siguiente cuadro:

Más de 70% de neutrófilos	88 casos	... 58%
Menos de 70% de neutrófilos	62 "	... 41%

Si tomamos 70 como punto de partida para considerar si hay o no neutrofilia tenemos que concluir que en esta serie un poco más de la mitad de los casos la presentó. Es probable que la superficie ulcerada de estos cánceres sea el punto de inicio de una infección secundaria que condiciona principalmente neutrofilia y, en algunos casos, leucocitosis.

TIPO SANGUÍNEO

Los tipos sanguíneos encontrados se repartieron en los siguientes grupos de la clasificación ABO:

Grupo "O"	82 casos	... 62,5%
Grupo "A"	41 "	... 31,2%
Grupo "B"	7 "	... 5,3%
Grupo "AB"	1 caso	... 0,7%

Los informes de Aird y Col. (19) sobre la asociación del Grupo O con la úlcera péptica y del Grupo A con el cáncer gástrico han sido confirmados por otros y se ha extendido a la asociación del mismo Grupo A con la

anemia perniciosa y con tumores salivares. Se cree que la causa de esta asociación se debe a la incapacidad de secretar ciertas sustancias en forma de **polisacáridos** en el moco digestivo, hecho que ocurriría ocasionalmente en cada grupo como una característica genética; estos mucopolisacáridos podrían actuar como protectores de la mucosa gástrica por el hecho de que los individuos que no los secretan muestran mayor frecuencia de determinada patología; Clarke y Col. (20) encontraron una mayor frecuencia en los no secretores de las sustancias ABH en sus pacientes con úlcera péptica que en sus controles; parece bien establecido una definitiva asociación entre el grupo O no secretor y la úlcera duodenal; de conformidad con los **resultados** de otros, Hoskins y Col. (21) comprobaron que la anemia perniciosa ocurrió más frecuentemente entre personas del grupo A que en los del O y que en pacientes con anemia perniciosa pre-existente el carcinoma gástrico ocurrió dos veces más frecuentemente en el grupo A que en el O.

Teniendo estos conocimientos hemos elaborado el cuadro anterior con objeto de comprobar estas aseveraciones foráneas en lo que se refiere al cáncer estomacal. Del estudio de dicho cuadro no parece, a primera vista, que haya de cumplirse lo observado en el extranjero, es decir, la alta frecuencia del carcinoma gástrico en el grupo A, ya que el tipo predominante es el O. Sin embargo, nosotros no sabemos si son o no secretadores de sustancias polisacáridas de los grupos ABO, lo cual podría tener **importancia** de acuerdo a las investigaciones enunciadas.

El Banco de Sangre del Hospital General, gentilmente me ha proporcionado la frecuencia de los tipos del Sistema ABO, elaborada con los donadores y receptores de esta ciudad. He la aquí:

Grupo "O".....	58,37 [^]
Grupo "A"	30,85%
Grupo "B"	8,83%
Grupo "AB"	1,95%

Si nos detenemos a comparar los porcentajes de los grupos sanguíneos de nuestros cánceres gástricos con los porcentajes de la población que nos suministra el Banco de Sangre, comprobaremos que en ambos las cifras son casi iguales en todos los grupos y que, en lo que se refiere al grupo A en el lote de los cancerosos hubo únicamente un predominio de 0,35%, aumento que por ser tan mínimo no le damos ninguna significación en nuestro medio.

Esta comprobación nos hace estar en desacuerdo con conclusiones anteriores, efectuadas en nuestros pacientes, del predominio del grupo A entre los que albergaban cánceres gástricos (22). No somos los únicos en no comprobar esta relación pues Strudwick y Col. (23) al analizar el carcinoma gástrico en negros norteamericanos no encontraron diferencias de los porcentajes normales de los grupos sanguíneos. En la serie de Bogotá (12) tampoco se comprobó ninguna relación y lo mismo ocurrió en Venezuela (5) en donde también predominó el grupo O entre los afectos de cáncer gástrico (60%).

QUIMISMO GÁSTRICO

Casi sólo en una cuarta parte de los pacientes se practicó este examen, **probablemente** debido a la creencia que esta investigación no es contri-

buyente al diagnóstico. La mayoría de ellas se efectuaron en casos personales y en ellas se determinaron la acidimetría basal y la acidimetría en respuesta a estímulo, que en casi todos fue la histamina.

Los resultados obtenidos en 55 casos fueron los siguientes:

Ausencia de acidez.....	44 casos	. . .	80,0%
Hipoacidez	4 "	----	7,2%
Isoacidez	4 "	----	7,2%
Hiperacidez	3 "	----	5,4%

Es evidente que en nuestra serie los casos en déficit o con ausencia de ácido clorhídrico libre en el jugo gástrico fueron la regla (87,2%) y que en una minoría, confirmatoria de la regla, estos valores fueron normales (7,2%) o estaban por encima de lo normal (5,4%). Viene, por tanto, a demostrar que en estos casos se cumplió la arcaica aseveración de que el cáncer gástrico va acompañado de disminución o ausencia de secreción ácida, que no por arcaica deja de tener en nuestro medio valor diagnóstico real.

Asevera Wangsteen (7) que el examen laboratorial más importante es determinar si el paciente es aclorhídrico o no y asegura que alrededor del 90% de los pacientes con cáncer gástrico tiene aclorhidria o hipoclorhidria empleando la histamina como estímulo de la secreción estomacal. Ackerman y Regato (24) opinan que debe hacerse de manera rutinaria la acidimetría gástrica en todo paciente en que se sospeche cáncer gástrico. Informan que Vanzant ha demostrado que la proporción de casos de aclorhidria entre individuos normales aumenta con la edad y que el 26% de los individuos examinados a la edad de 70 años tienen aclorhidria y que el promedio de acidez libre de los hombres decrece con la edad y, en cambio, permanece constante en las mujeres. Comfort y Ase. (25) revisaron 277 casos en los que se había efectuado gastroanálisis por lo menos 2 años antes del diagnóstico de cáncer gástrico; se comprobó que la actividad secretora estaba bajo lo normal, sin importar la edad del paciente; se cree que la atrofia de la mucosa gástrica es la responsable de esta depresión secretoria; según investigaciones de Shearman y Col. (26) no hay relación entre la extensión del involucramiento de la mucosa gástrica por el neoplasma y los resultados de la prueba secretoria. Estos cambios de la acidimetría gástrica son ciertos para el carcinoma en tanto que con el leiomioma la acidez libre se conserva normal o está aumentada.

Según Bockus (6) 3/4 partes de los pacientes con carcinoma gástrico tienen aclorhidria o marcada hipoclorhidria y si el estudio radiológico revela un nicho gástrico el hallazgo es de gran significado, casi siempre indicador de una úlcera maligna.

En la serie de 229 casos observados por Sánchez (13) en el Perú hubo anacidez en el 53%, hipoacidez en el 21%, normalidad en el 3% e hiperclorhidria en el 23%. En el grupo de Añez Bermúdez y Col. (5) hubo, también, predominio de la aclorhidria. En el lote de 526 analizados por Valencia-Parparcén y Col. (27) en Caracas, hubo aclorhidria en el 58,35% e hipoclorhidria en el 11,90%. Igualmente, Covelli y Abaúnza (12) hallaron aclorhidria en el 82,5% de los casos de Colombia.

Con esos datos tenemos base para continuar apegados a nuestra práctica de determinar la acidimetría gástrica en casos en que se sospeche

carcinoma gástrico pues tanto en nuestros casos como en los extranjeros la **regla** antigua continúa siendo actual. Demás está dejar aclarado que con el único apoyo en la hipo o anacidez no se puede hacer el diagnóstico de cáncer gástrico pues existen otras afecciones que también las dan.

SANGRE OCULTA

Esta investigación se refiere a la búsqueda química de sangre en materias fecales o en jugo gástrico que macroscópicamente parecen normales. En esta serie se comprueba que esta determinación no se encuentra incluida entre los exámenes de rutina que deben efectuarse en los diversos servicios de hospital a todo sospechoso de carcinoma estomacal. La totalidad de los exámenes hechos en jugo gástrico y la mayoría de los que se efectuaron en heces fueron hechos en pacientes personales.

La investigación de **sangre** oculta en heces se llevó a cabo en 34 pacientes y su resultado fue el siguiente:

Sangre oculta positiva	20 pacientes	.. 58,8%
Sangre oculta negativa	14	.. 41,1%

Según Ackerman y Regato (24) todo paciente sospechoso de cáncer gástrico debe tener múltiples exámenes de heces en busca de sangre oculta, ya que frecuentemente demuestran tener una prueba fuertemente positiva; los resultados negativos no excluyen la posibilidad de neoplasia maligna y viceversa. Igual opinión expone Bockus (6) sobre esta investigación en pacientes que estén en dieta libre de hemoglobina. En la serie de 247 casos observados en un Hospital de Boston (16), esta prueba fue positiva en el 73%.

En cuanto a la investigación de sangre oculta en jugo gástrico, la literatura extranjera consultada no nos da ninguna información de frecuencia. Recientemente se nos ocurrió efectuar esta determinación en la primera muestra (secreción basal) que se obtiene para el quimismo gástrico y el resultado en 6 casos de carcinoma gástrico fue positiva en todos ellos.

CITOLOGÍA

Los casos en que se mandó a investigar citología neoplásica fueron muy escasos, tanto en jugo gástrico como en líquido ascítico. Los resultados obtenidos no fueron muy halagüeños ya que en 7 investigaciones gástricas fueron "Negativo II" en 6 oportunidades y "Positivo IV" en 1. En líquido ascítico fue "Positivo I" en 1 caso y "Positivo IV" en otro.

Según informes extranjeros (6) ningún otro método diagnóstico ha llegado a tan alto grado de certeza en tan poco tiempo como la citología gástrica. Desde el informe de Papanicolaou en 1947, en que daba un 37% de acierto, estas cifras han ido mejorando notablemente con las variantes técnicas introducidas en la obtención del material (lavado gástrico, lavado con papaína, lavado con quimiotripsina, quimiotripsina con balón, lavado y abrasión con **cepillo**, balón abrasivo, etc.) hasta obtenerse de manera sostenida porcentajes de positividad que van del 80 al 90. Simultáneamente, el porcentaje de falsos-positivos ha ido disminuyendo hasta caer alrededor del 17o en ciertas instituciones. Por tanto, este procedimiento diagnóstico debe incluirse entre los medios a usarse ante un caso de sospecha de carcinoma gástrico pues se adelanta a la radiología en las

lesiones de pequeño tamaño, época en la que la Cirugía puede ofrecer más esperanzas, de acuerdo a las experiencias de Comfort y Asoc. (18). Debe entenderse que estos altos porcentajes de acierto se obtienen cuando se llenan determinados factores: limpieza del estómago, adecuado uso del procedimiento escogido y, sobre todo, experiencia en la interpretación de los frotis. Zaidman y Lecuna (28) concluyen que la citología gástrica no tiene utilidad en los carcinomas evidente.3 a la radiología y que es el método de elección en el carcinoma incipiente del estómago. En la serie de MacDonald y Col. (29) se hizo el diagnóstico correcto en el 93%, aún en los casos en que radiología daba informes equívocos o errados.

FLUORESCENCIA A LA TETRACICLINA

Este medio diagnóstico no fue usado en número adecuado de casos para que podamos extraer conclusiones apropiadas. En 4 de los pacientes de esta serie se utilizó el procedimiento (30) evidenciándose fluorescencia en 3 de ellos; los casos testigos fueron negativos en su totalidad.

Sin embargo, los porcentajes de positividad que nos dan informadores foráneos no son muy altos y existe un elevado margen de falso-negativos. Así, Freud y Col. (31) informan que en 13 pacientes con adenocarcinomas **gástricas** la prueba de la tetraciclina dio 5 verdadero-positivos (38,5%) y 8 falso-negativos (61,5%) y haciendo comparaciones entre este método y la citología exfoliativa dan una confianza muy superior a esta última. Según Aberle (32) "no todo lo que da fluorescencia es tetraciclina y si la da tampoco es necesariamente carcinoma".

PROTEÍNAS SÉRICAS

Sólo en un poco más de la cuarta parte de los casos se determinaron las proteínas séricas totales. Los datos informados nos facultan para confeccionar el siguiente cuadro:

Proteínas sérica, ¹ menores de 4,5 gm.00	9 casos
Proteínas séricas entre 5 y 6 gm./00	36 "
Proteínas séricas mayores de 6 gm./00	13

La mínima cantidad registrada fue de 2,5 gm y la máxima de 8,0 gm/00.

El descenso de la proteinemia puede interpretarse como consecutiva a un déficit de la ingesta (anorexia, impedimento mecánico pilórico o cardial) o a cierto grado de insuficiencia hepática (24). Sánchez (13) encontró que el 71% de los casos de cáncer gástrico del Hospital del Seguro Obrero de Lima, Perú, tenían hipoproteinemia y Covelli y Abaúnza (12) en Bogotá, Colombia, la encontraron **en el 55%**.

CONFIRMACIÓN DIAGNOSTICA

El material tisular necesario para obtener la confirmación del diagnóstico de cáncer gástrico se obtuvo por los siguientes medios:

Laparatomía	193 veces
Biopsia de ganglio supraclavicular	1 vez
Punción-biopsia hepática	1 "
Autopsia	1 "

Por medio de la laparotomía unas veces se obtuvo el estómago o parte de él, en otras se hizo exclusivamente una biopsia del tumor, de los órganos invadidos o de las metástasis linfáticas o venosas.

EXTENSIÓN

La exploración determinó la siguiente extensión:

A.—La lesión estaba localizada al estómago	21 casos	...	10,7%
B.—Existían metástasis o infiltración	172 "	...	891%
1.—METÁSTASIS			
Ganglios regionales	81 "	...	41,9%
Hígado	44 "	...	22,7%
Epiplón mayor	28 "	...	14,2%
Peritoneo	28 "	...	14*2%
a) visceral	8		
b) fondo de Douglas	8		
c) parietal	7		
d) no especificado	5		
Piel	4 "	...	2,0%
a) tejido celular subcutáneo	3		
b) dermis	1		
Ganglios hilio hepático	3 "	...	1,5%
Ovarios	3 "	...	1,5%
Ganglio supraclavicular izquierdo	1 "	...	0,5%
2.—INFILTRACIÓN			
Páncreas	16 "	...	8,1%
Serosa gástrica	14 "	...	7,1%
Hígado	10 "	...	5,1%
Colon	7 "	...	3,5%
Mesocólon	7 "	...	3,5%
Esófago	7 "	...	3,5%
Vesícula biliar	3 "	...	1,5%
Pleura	1 "	...	0,5%
3—PERFORACIÓN	3 "	...	1,5%

Para poner en evidencia la importancia de las metástasis a ganglios linfáticos regionales en el pronóstico de la enfermedad, bástame recordar que en la serie de Ochsner (5) de gastrectomías subtotales sólo lograron sobrevivir las 5 años el 20% cuando se comprobó invasión linfática, en tanto que esta cifra se agrandó al 87% cuando los ganglios estaban indemnes.

OPERACIÓN

Las operaciones quirúrgicas efectuadas en 193 de los pacientes pueden dividirse en los siguientes grupos:

1. Operaciones curativas	73 casos	...	37,8%
Gastrectomía total	2 casos	----	1,0%
Gastrectomía subtotal	64	...	33,1%
Esofagogastrectomía	6	...	3,1%
Resección tumor exofítico	1 caso	...	0,5%

II.—Operaciones paliativas	66 casos	34,1%
Derivación y biopsia	64 casos	33,1%
Gastro o yeyunostomía y biopsia	2 "	1,0%
III.—Exploración y Biopsia	54 casos	27,9%

Los hallazgos operatorios demostraron que en esta serie el 62% de los casos habían traspasado la época de la cirugía curativa y de éstos sólo a la mitad aproximadamente, se les pudo ofrecer el feneció de una derivación que trajera alivio mecánico temporal; el resto de este grupo no era susceptible ni de alivio.

Este sombrío cuadro lo encontramos repetido en la literatura consultada. En la serie de Bogotá informada por Covelli y Abaúnza (12) sólo el 60% de los casos pudo ser operado y de éstos sólo el 35% facultaron para hacer intervenciones curativas; el 11% permitió derivaciones y en el 14% sólo se exploró. En la serie de Añez Bermúdez y Col. (5) sólo pudo ser operado el 41%, efectuando exploración únicamente en el 22%, gastrectomía parcial en el 15% y total en el 4%. En la revisión de Valencia-Parparcén (27) el 30% no pudo ser operado; en los operados en el 69% se hizo intervención de tipo curativo, en el 16% se efectuó operación paliativa y en el 14% sólo se exploró. En el informe de Healey y Botsford (16) de un hospital de Boston, no se efectuó exploración en el 16,4%, operación paliativa en el 36,4% y curativa en el 47,0%.

Se demuestra la necesidad existente, tanto en nuestro país como en el extranjero, de hacer llegar más tempranamente a estos pacientes a los centros hospitalarios y la urgencia de encontrar mejores y más tempranos medios de diagnóstico.

ANATOMÍA PATOLÓGICA

El estudio de los tejidos examinados permitió la siguiente distribución histopatológica:

I.—ADENOCARCINOMA	194 casos	98,9%
Bien diferenciado	28 casos	14,4%
Moderadamente diferenciado	35	18,0%
Poco diferenciado	11	5,6%
Indiferenciado	21 "	10,8%
Sin especificación	101 "	52,0%
II.—LEIOMIOSARCOMA	1 caso	0,5%
III.—RETICULOSARCOMA	1 "	0,5%

Es evidente que en nuestra serie dominó de manera clara el adenocarcinoma a los otros tipos de cáncer gástrico. Cosa semejante ocurrió en los 526 casos informados por Valencia-Parparcén y Col. (27) en que el tipo sarcomatoso sólo ocupó el 0,59%. En la información de Pachano y Molina (3) sobre 169 estudios histológicos más del 88% fueron adenocarcinomas. Ackerman y Regato (24) manifiestan que el sarcoma gástrico representa el 1 o 3% de las neoplasias de ese órgano y que el 60% de ellas son linfosarcomas, el 20% leiomiomas y el 20% restante son misceláneos.

PERMANENCIA HOSPITALARIA

El tiempo que estos pacientes permanecieron en el Hospital se tabula en el siguiente cuadro:

Menos de 15 días	28 casos
Entre 16 y 25 días	61
Entre 26 y 35 días	40
Entre 36 y 45 días	30
Entre 46 y 55 días	14 "
Más de 56 días	19 "
No se especifica	4

La permanencia menor fue de 3 días y la máxima estancia fue de 132 días.

CONDICIÓN DE EGRESO

Los pacientes abandonaron la institución bajo la siguiente condición:

A.—Muertos	37 casos	... 18,3%
B.—En igual estado	63 "	... 32,1%
C.—Mejorados	96 "	... 48,9%

Algunos de estos pacientes reingresaron al hospital y para su análisis los vamos a dividir en dos grupos según el tipo de operación que se les practicó en su primer internamiento:

I.—REINGRESO DE LOS QUE EGRESARON COMO "MEJORADOS"

A.—Del grupo que tuvo operación tipo "curativa"

De este grupo de 73 pacientes reingresaron 13, después de un lapso que queda consignado en el siguiente cuadro:

1 mes después de egreso	3 casos
7 meses después de egreso	3 "
8 meses después de egreso	2 "
9 meses después de egreso	2 "
1 año después de egreso	1 caso
2 años después de egreso	1
3 año.s después de egreso	1

Las causas de este reingreso se consignan a continuación:

Por control	3 casos
Peritonitis cancerosa	3
Recidiva en boca anastomótica	2
Recidiva local y metástasis hepática	2 "
Tumor de Kruckenberg y peritonitis cancerosa ...	1 caso
Recidiva local y metástasis peritoneal	1
Pleuresía cancerosa	1

Tres diferentes casos reingresaron una vez por control al 1[^], 8<> y 9⁹ meses de egresados. Si se excluyen estos 3 casos todos los demás se hospitalizaron por recidivas gástricas o por metástasis cancerosas.

La condición de segundo egreso de este grupo fue la siguiente:

Muertos	4 casos
Sin anomalía.....	3
Igual estado	6 "

B.—Del grupo que tuvo operación tipo "paliativa"

Del grupo de pacientes aliviados (66 casos) reingresaron al hospital 6 enfermos en el tiempo que se especifica a continuación:

1 mes después de egreso	3 casos
2 meses después de egreso.....	1 caso
5 meses después de egreso	1 "
6 meses después de egreso	1

Las causas de este reingreso fueron las siguientes:

Emancipación y estado agónico	2 casos
Reparación del síndrome pilórico	2
Persistencia del síndrome pilórico	1 caso
Ascitis cancerosa	1 "

De este grupo 3 pacientes murieron en el hospital y los otros 3 egresaron en igual condición.

ÍL—REINGRESO DE LOS QUE SOLO SE EXPLORARON

De esta calidad de operados sólo reingresaron 2 pacientes, ambos a los 2 meses de evacuados del hospital y la causa del reingreso fue la progresión de la enfermedad. Uno de ellos murió en el hospital y el otro salió en el mismo estado.

MORTALIDAD

La mortalidad operatoria general alcanzó el **18,3%** y en ella se incluyen las operaciones que intentaron ser curativas, las paliativas y las meras exploraciones. La morbilidad operatoria más frecuentemente observada fue la dehiscencia de la herida operatoria que usualmente se hizo evidente al momento de quitar los puntos cutáneos pero que en ocasiones ocurrió al 5^o o 6^o días postoperatorios y que demandó una reparación inmediata.

Porcentaje igual al nuestro nos informan Covelli y Abaúnza (12) ya que obtuvieron un 18,6% de mortalidad operatoria general en su serie de 755 casos. Añez Bermúdez y Asoc. (5) nos dan un 15,5% descompuesta en la siguiente forma: 9,5% para la gastrectomía parcial, 50% para la gastrectomía total y 12% para la simple exploración. Estos mismos autores nos informan de la mortalidad para la gastrectomía parcial por carcinoma según diferentes revisiones: la Clínica Mayo da una mortalidad de 16% para el período 1907-16 y 8% para el período 1940-49% Brown y Kane dan 9%, Ochsner 30% y Mitty 16,6%. Valencia-Parparcén y Col. (27) obtiene una mortalidad de 16,94% en 366 casos como resultado quirúrgico inmediato. Por tanto, nuestra mortalidad operatoria general desgraciadamente guarda relación con la que obtuvieron algunos de los informadores mencionados.

El Hospital General no pudo tener ningún control de los pacientes egresados. Apenas 3 pacientes regresaron a reexamen dentro del primer año de operados y en ellos no se comprobó anormalidad. Los otros reingresos (16 casos) se vieron obligados a hospitalizarse por reaparición de sintomatología © por la evidenciación de nueva patología dependiente de la progresión de la enfermedad. Ignoramos los resultados tardíos de 151 pacientes de esta serie. Estas dificultades de control parece que no son privativas de nosotros pues en la serie informada por Valencia-Parparcén (27) sólo 16 pacientes pudieron ser controlados por 3 o 4 años (5,46%) y 14 lo fueron por más de 5 años (4,6%) ; según este autor el resultado tardío de su serie fue la siguiente:

Muertos en menos de 1 año	61%
Muertos en menos de 1 o 2 años	19%
Muertos en menos de 3 o 4 años	13%
Muertos en 5 o más años.....	4%

La sobrevida de 5 años después de resección curativa que nos da Healy y Botsford (16) es la siguiente:

En 21 gastrectomías totales.....	1 sobreviviente. . .	4,8%
En 10 gastrectomías proximales	1 sobreviviente. . .	10,0%
En 51 gastrectomías subtotaes	19 sobrevivientes. . .	37,3%

Hoerr (34), en una serie consecutiva y personal informa una supervivencia de 20%. En tanto que Shearman y Finlayson (35) aseguran que el tratamiento del cáncer gástrico es aún deprimente pues sólo cerca del 7% sobreviven 5 años después de diagnosticados. Según Brookes y Asoc. (36) los casos de linitis plástica fueron más favorables que los demás en lo referente a sobrevida.

Si sumamos las muertes postoperatorias inmediatas y mediatas ocurridas en el primer internamiento (37) con las ocurridas en la segunda hospitalización en que ningún caso fue sometido a intervención quirúrgica (8), obtendremos la mortalidad hospitalaria por cáncer gástrico en el período en estudio. Habiéndose efectuado 45 muertes, la mortalidad hospitalaria fue de 22,9%.

CONCLUSIONES

- 1.—El cáncer gástrico es en nuestro medio la neoplasia maligna más frecuente del tracto digestivo (63,4%).
- 2.—El sexo masculino dominó en la proporción de 2:1.
- 3.—La década que presentó máxima frecuencia fue la 6ª (34,1%) pero unida con las inmediatas anterior y posterior se adueñaron del 80,4% de los casos.
- 4.—La generalidad de los pacientes fueron mestizos y procedían de casi todos los departamentos del país.
- 5.—En su inmensa mayoría los pacientes eran jornaleros.
- 6.—En el 86% la duración de los síntomas se encontró comprendida dentro de un año y en el 53% cayó dentro de los 6 primeros meses.
- 7.—En el 90,3% el comienzo fue insidioso y en un 83,5% el curso de la enfermedad fue progresivo.
- 8.—Encabezaron la lista de los síntomas el dolor (88%), la pérdida de peso (76%), los vómitos (73%) y la anorexia (47%),

- 9.—Como hallazgos físicos más frecuentes se comprobaron: dolor (60%) tumoración abdominal (36%) y elevación térmica (17%). En el 14% no se comprobó ningún hallazgo y, en general, la signología fue pobre.
- 10.—Hubo manifestaciones en favor de lo avanzado de la enfermedad.
- 11.—La radiología fue la principal ayuda en el diagnóstico con un mínimo de porcentaje de error (2,2%).
- 12.—Las determinaciones de hematocrito y hemoglobina no acusaron frecuentes ni intensas anemias.
- 13.—Sólo en una minoría hubo leucocitosis (11,5%) pero en más de la mitad de los casos se constató neutrofilia.
- 14.—No se comprobó predominio del Grupo "A" en nuestra serie de cánceres gástricos.
- 15.—Hubo hipo o aclorhidria en el 87,2%- de ellos. 16.—No se efectuaron suficientes investigaciones de sangre oculta. Fue positiva en el 58,8% de las heces y en el 100% de los jugos gástricos.
- 17.—La citología no fue de ayuda y sus resultados fueron equívocos.
- 18.—La fluorescencia a la tetraciclina fue efectuada muy escasamente aunque dio un 75% de positividad en el grupo.
- 19.—Todos los casos tuvieron confirmación histopatológica, dominando el adenocarcinoma (98,9%) sobre los de tipo sarcomatoso.
- 20.—El 89.1% mostró evidencias de metástasis venosas o linfáticas e infiltración a órganos vecinos.
- 21.—Sólo en el 37,8%, se intentó cirugía curativa; en el 34,1% la cirugía fue paliativa y en el 27,9 únicamente fue exploradora.
- 22.—La mortalidad operatoria general fue de 18,3% y la mortalidad hospitalaria ascendió al 22,9%.
- 23.—No se tiene control y se ignora la supervivencia de los pacientes evacuados del hospital.

R E S U M E N

Se presenta un análisis de 309 casos de cáncer primitivo del tubo digestivo, diagnosticados en el Hospital General de Tegucigalpa, Honduras, desde 1958 hasta 1966.

Los segmentos afectados, en orden decreciente fueron: estómago (63.4%), intestino grueso (9.7%), hígado (9.0%), vesícula biliar (8.0%), páncreas (4.5%), esófago (3.2%), vías biliares extrahepáticas (0.9%) e intestino delgado (0.9%).

Se hace una apreciación estadística de la localización del cáncer del tubo digestivo en nuestro medio, comparándolo con información de otros países que ha estado a nuestro alcance.

S U M M A R Y

An analysis is presented of 309 cases of primitive cancer of the digestive tract diagnosed at the General Hospital of Tegucigalpa from 1958 to 1966.

In decreasing order the affected segments were «stomach (63.4%), large intestine (9.7%), liver 9.0%), gallbladder (8.0%), pancreas (4.5%), oesophagus (3.2%), extrahepatic bile ducts (0.9%) and small intestine (0.9%).

A statistical appraisal is made of the locations, a comparison is done with available foreign information and, at the end of each analysis, local results are given.

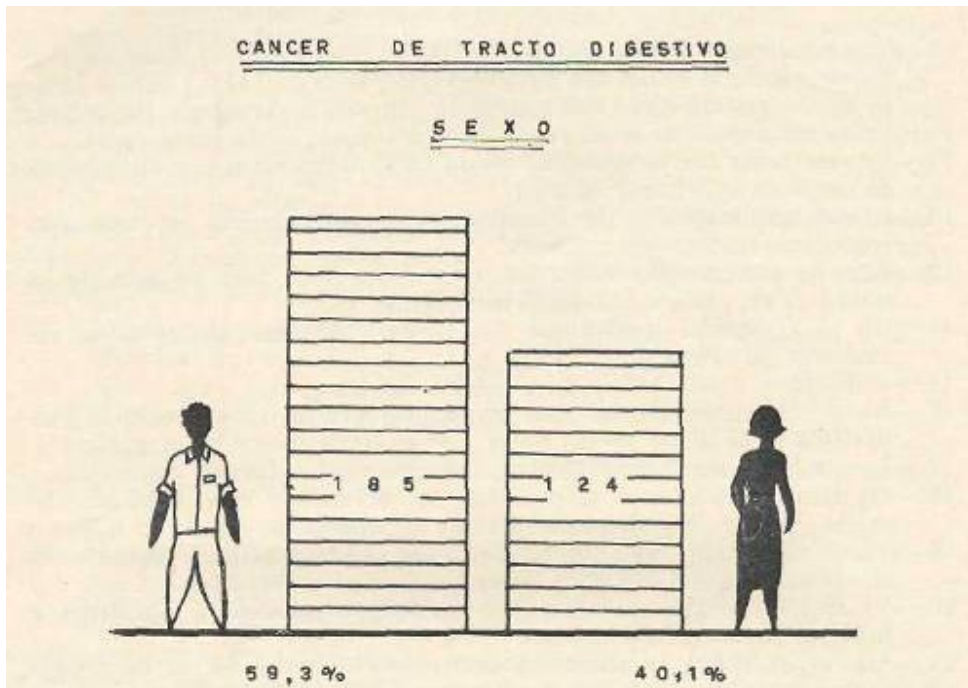


Figura 1

CANCER DE TRACTO DIGESTIVO

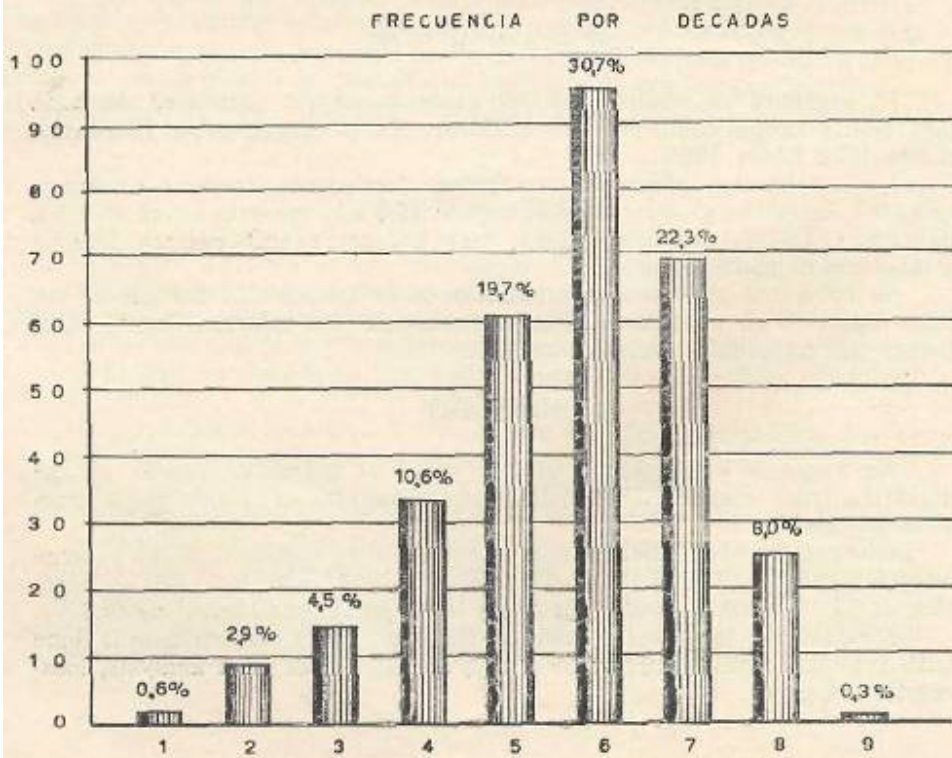
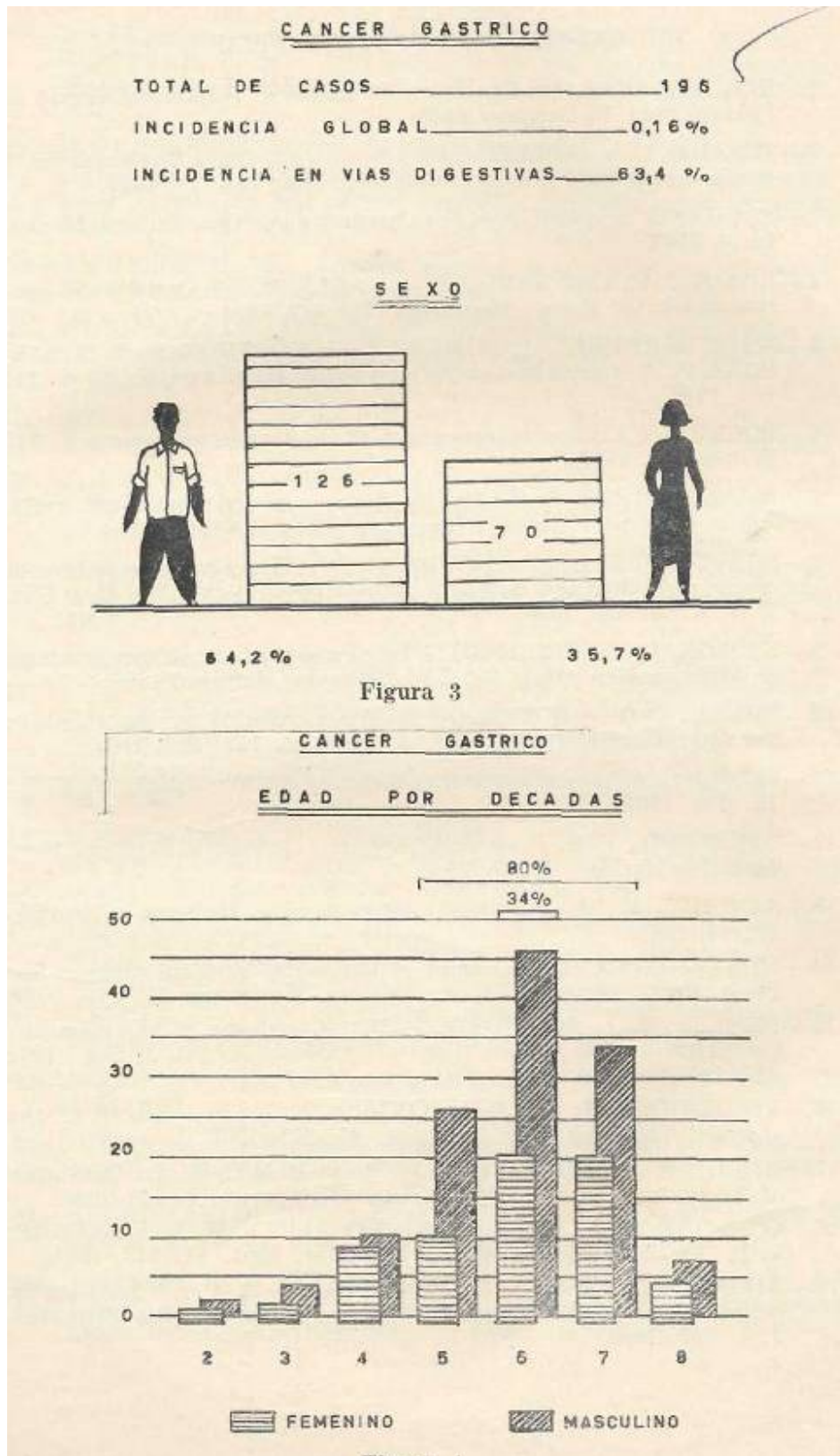


Figura 2



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.—INFANTE DÍAZ, S.: Cáncer en FJ Salvador. Dirección General de Publicaciones. El Salvador 1966,
- 2.—TEJADA, C, y SCHRIMSHAW, N. S.: Patología Guatemalense a mediados del **Siglo XX**. Rev. *del* Coleg. Méd. 15: 113, 1964.
- 3.—PACHANO, A y MOLINA, E.: Carcinoma gástrico. Tribuna Médica 1: 14, 1967.
- 4.—ROJAS, J. C, CORCHON, J. F. y GALLEGO, C: Tumores del aparato digestivo. **Prens.** Méd. Arg. 51: 919, 1964.
- 5.—**AÑEZ** BERMUDEZ, J, ROMERO F., J., PORTILLO F., E. y BARBOZA, P., A.: Carcinoma gástrico: Revisión estadística. G. E. N. 21: 171, 1966.
- 6.—BOCKUS, H. L.: Gastroenterology. W. B, Saunders Company 1: 745 Philadelphia 1966.
- 7.—WANGENSTEEN, O. H.: Cancer of the esophagus and the stomach. American Cancer Society, Inc., New York, 1961.
- 8.—SCHOTTENFELD, D. y HOUDE, R. W.: The changing pattern of cancer morbidity and mortality and its implications. The Med. Clin. of N. A. 50: 613, 1966.
- 9.—NATIONAL CÁNCER INSTITUTE: Tumors of the alimentary tract in Africana. Monografía 25: XVI Bethesda, Maryland 1967.
- 10.—HOERR, S. O. y HODGMAN, R. W,: Carcinoma of the stomach; and interpretative review. Am. J. of Surg. 107: 620, 1964.
- 11.—FLOOD, C. A.: Los precursores del cáncer gastrointestinal. G. E. N. 15: 359, 1961.
- 12.—COVELLI O., V. H. y ABAUNZA O. EL: Carcinoma gástrico. Rev. de la Fac de Med. 31: 7, 1963.
- 13.—SÁNCHEZ, M.: A cirugía no cáncer gástrico. Medicina e Cirurgia. 92: 85, 1966.
- 14.—MONTENEGRO, M. R.: Cancer of the gastrointestinal canal in Sao Paulo, Brazil. National Cancer Institute. Monograph 25: 249, 1967.
- 15.—HEALEY, S. J., BOTSFORD, T. W. : Carcinoma of the stomach: Comparative study of one **Hospitals** experience. Am. J. Sug. **107**: 337, 1964.
- 16.—VEIDENHEIMER, M. C. y LOGAN, C. J. H. : Cancer of the stomach. The Surg. Clin, of N. A. 47: 621, 1967.
- 17.—MITTY, W. F., ROUSSELOT, L. M. y GRACE, W. J.: Carcinoma of the «stomach. Am. J. Digest. Dis. (New series) 5: 249, 1960.
- 18.—COMFORT, M. W., GRAY, H. K., DOCKERTY, M. B. y GEORGE, R. P.: Small gastric cancer. Arch. of Int. Med. 94: 513, 1954.
- 19.—AIRD, I. BENTALL, H. H. y ROBERTS, J. A. P. : A relationship between cancer of the stomach and the ABO blood groups. Brit. Med-J. 1: 799, 1953.

- 20.—CLAREE, C. A., EDWARDS, J. W., McCONNEL, R. B. y SHEPPARD, P. M.: ABO blood **groups** and secretor character in duodenal **ulcer**: Population and sibship **studies**. Brit. Med J 2: 725 1956.
- 21.—HOSKINS, L. C, LOUX, H. E., **BRITTEN**, A. y ZAMCHEK, N. : Distribution of the ABO **groups** in patients **with** pernicious anemia, **gastric** carcinoma and gastric carcinoma associated with pernicious anemia. New England J. Med. 273: 633, 1965.
- 22.—FIGUEROA G., V.: Relación entre **grupos** sanguíneos y cáncer. Tesis Doctoral. U.N.A.H. Abril 1966.
- 23.—STRUDWICK, W. J-, Ewing, J. B. y White, J. E.: Carcinoma of the stomach in American Negroes. **Surg. Gyn. and Obst.** **119**: 580, 1964.
- 24.—ACKERMAN, L. V. y REGATO, J. A. del; Cancer, diagnosis, treatment and prognosis. The C. V. Mosby Company, St. Louis 1964.
- 25.—COMFORT, M. W., KELSEY, M. P. y BERKSON, J.: Gastric acidity before and after the development of carcinoma of the stomach. J. Nat. Cancer Inst. 7: 367, 1967.
- 26.—SHEARMAN, D. J. C, FINLAYSON, N. D. C. y WILSON, R.: Gastric function in patients with gastric carcinoma. Lancet 1: 343, 1967.
- 27.—VALENCIA-PARPARCEN, J., CANDÍA C, E., ARAUJO, J. A., LOUIS, C. E., MATA B., A. y D'Escrivan, G.: Cáncer del estómago y EUS características clínicas, radiológicas y endoscópicas. G. E. N. 20: 299, 1965.
- 28.—ZAIDMAN, I. y LECUNA, V. : Citología gástrica. G. E. N. 20: 351, 1965.
- 29.—MACDONALD, E. C, BRANDBORG, L. L., TANIGUCHI, L. y RUBÍN, C. E. : Gastric exfoliative cytology: an accurate and practical diagnostic procedure. Lancet 2: 83, 1963.
- 30.—FREUD, M., PAULO, D. y JERZY GLASS, G. B.: Comparison of **tetra**-cycline induced fluorescence test and exfoliative cytology of gastric cancer. Amer. J. Dig. Dis. 10: 758, 1965.
- 31.—ABERLE, S. : The tetracycline fluorescence test in differential diagnosis of gastric disease. Gastroenterol. 44: 933, 1963.
- 32.—BOGNEL, J. C. : Le cancer gastrique. La Revue de Medicine 23: **1175, 1967.**
- 33.—HOERR, S. O.: Malignant lesions of the stomach; an analysis of fifty-four five years survivors. Amer. J. of Surg. 109: 14, 1965.
- 34.—SHEARMAN, D. J. C. y Finlayson, N. D. C. : Familial **aspects** of gastric carcinoma. Amer. J. Dig. Dis. 12: 529, 1967.
- 35.—BROOKES, V. S., WATERHOUSE, J. A. H. y POWELL, D. J.: Carcinoma of the stomach: a 10-years survey of results and of factors affecting prognosis. Brit. Med. J. 5450: 1577, 1965.