Cáncer primitivo del tracto digestivo

Dr. Silvio R. Zúñiga*

II.—CÁNCER DEL INTESTINO GRUESO

FRECUENCIA

En nuestra revisión de 309 casos de cáncer primitivo del tracto digestivo comprobados en el período 1958-1966, en 30 oportunidades la neoplasia maligna radicó en el intestino grueso comprendido desde ciego a recto, ocupando, por tanto, el segundo lugar de frecuencia en los cánceres primitivos del tubo digestivo. Su incidencia comparativa con los mismos dio para él un 9,7% y entre los egresos representó un 0, 027o de todos los diagnósticos de exhospitalización, es decir, que de cada 4.098 pacientes que abandonaron el hospital, uno estaba afecto de cáncer del intestino grueso.

En el ambiente centroamericano encontramos que en El Salvador (1), como antes se especificó, el cáncer gástrico ocupó el primer lugar entre los cánceres del tubo digestivo y el del intestino grueso tomó el segundo puesto con un 21% de frecuencia. En Guatemala, Tejada y Scrimshaw (2) informan que el cáncer del intestino grueso ocupó el segundo lugar con un 16,2% ; según estos informadores "el carcinoma del colon es muy poco común en la población guatemalteca en general, siendo aún más raro entre los grupos indígenas".

De Sur América tenemos datos informados por Rojas y Col. (3) en su revisión de tumores del aparato digestivo en Buenos Aires, Argentina; en esta serie, que abarca 10 años, el 42% de los tumores malignos radicó en el intestino grueso, seguido por el del estómago que ocupó el segundo lugar con un 28%.

Ya en otra parte de este informe se ha manifestado que en los Estados Unidos del Norte el cáncer del colon ha tomado prioridad sobre el cáncer del estómago. Según Berk y Haubrich (4) el colon y el recto se han convertido en el sitio más frecuente de cáncer en ese país. De igual opinión se manifiestan Colé y Col. (5) al asegurar que es el más común de los carcinomas aunque, afortunadamente, de mejor pronóstico. Peyster y Gilchrist (6) aseveran que el 75% de los cánceres intestinales se originan en el colon, recto o ano. Morson (7). asegura que en Inglaterra el carcinoma del intestino grueso es ciertamente una de las formas más comunes de enfermedad maligna.

SEXO

En la Fig. 1 se expresa su distribución por sexo, notándose un predominio en el sexo masculino (70%)., dando una proporción de 2,3:1 con relación al sexo femenino.

Infante Díaz (1) no encontró predominio de ningún sexo en los casos de El Salvador. López Várela (8) en Costa Rica constató un 86% para

---

* Jefe *del* Departamento de Cirugía del Hospital Genera, Tegucigalpa, D. C.
Profesor de Diagnóstico Quirúrgico de la Facultad de Ciencias Médicas.

el mismo sexo. Rojas y Col. (3) en Argentina vuelve a encontrar ligera preponderancia para el hombre en la proporción de 1,45:1. **Zerpa-Morales** y Col. (9) encontraron en Venezuela una ligera desviación a favor del sexo femenino. En Brasil, Montenegro (10) no comprobó diferencia sexual.

Aseveran Berk y Haubrich (4) que en los Estados Unidos del Norte el cáncer del intestino grueso en conjunto ocurre con igual frecuencia en hombres y mujeres, sin embargo, Peyster y Gilchrist (6) dicen que afecta más frecuentemente a los hombres en la proporción de 3:2. Morson (7) informa que en Inglaterra su incidencia está parejamente distribuida en los sexos.

Dolí (11), al hacer un análisis mundial sobre esta incidencia en 37 países, concluye que a diferencia de otros cánceres comunes a ambos sexos, el cáncer del colon es más común en el sexo femenino, aunque con muy escaso margen.

EDAD

La distribución de los casos en décadas de vida queda expuesto en la **Fig. 2.** 2.

La década más afecta fue la 5^ (33,3%) pero el mayor número de casos se acumularon en la 5^ y 6^, representando un 56,6% del total. En esta serie se constataron como edades extremas un caso de 8 años y otro de 82. El 73,1% de los casos se encontró en personas mayores de 40 años.

Una distribución por edades semejante a la nuestra **informan** Infante Díaz (1), Zerpa-Morales y Col. (9) y Montenegro (10) en El Salvador, Venezuela y Brasil respectivamente. En la serie de Costa Rica López Várela (8) comprobó que la máxima frecuencia ocurrió en la 7^ década *42%).* Morson (7) manifiesta que la edad promedio en que se diagnostica 'a afección es la segunda mitad de la 6^ década.

LOCALIZACION

La ubicación del cáncer en los distintos segmentos del intestino grueso se expone en la Fig. 3 donde, además de la localización, se dan los porcentajes de frecuencia.

Se comprueba que casi la mitad de los cánceres ocurrieron en el recto y que más de la cuarta parte de los casos radicó en el sigmoide. Si unimos estos dos segmentos (recto-sigmoide) constataremos que el 73,2% de las neoplasias malignas del intestino grueso ocuparon esta localización.

Berk y Haubrich (4)., basados en el análisis de aproximadamente 15.000 casos colectados, manifiestan que casi 2 de cada 3 tumores malignos del colon radican en el rectosigmoide *y* que su frecuencia disminuye en los segmentos proximales, excepto en el ciego donde vuelve a hacerse frecuente. Según Cattell y Col. (12) el 37% ocurre en el recto y el 75% en la mitad izquierda del intestino grueso. Peyster y Col. (6) nos muestra un cuadro de localización y porcentajes muy semejante al que nosotros obtuvimos. Datos similares nos dan Zerpa-Morales y Col. (9) en Venezuela y Rojas *y* Col. (3) en Argentina.

La colección de casos informados por Infante Díaz (1) vuelve a poner al recto a la cabeza de los cánceres del intestino grueso aunque con un porcentaje mucho mayor (73%), seguido por el del sigmoide con una

incidencia mucho menor a la nuestra (11%). La serie de López Várela (8) dio un 79% para el recto y un porcentaje igual para cada una de las restantes porciones del intestino grueso.

COLON DERECHO Y COLON IZQUIERDO

Se nos ha dicho que existen manifestaciones clínicas en las neoplasias malignas situadas en la mitad derecha del colon y que, a su vez, las que se desarrollan en la mitad izquierda tienen características propias que permiten distinguirlas entre sí. Esta aseveración ha continuado siendo afirmada por autores extranjeros en época **reciente.** Colcock (13) dice que los síntomas iniciales del cáncer del colon derecho son debilidad y fatiga crónica debida a una disminución de los eritrocitos producida por mínimas *y* continuadas hemorragias que no logran llamar la atención del paciente; advierte que toda anemia inexplicable debe sugerir el diagnóstico de carcinoma del colon derecho hasta que se pruebe lo contrario. El mismo autor informa que los síntomas que obligan al paciente afecto de cáncer de la mitad distal son dolor abdominal persistente, constipación diarrea *o* proctorragia.

Hemos querido comprobar si en el grupo que analizamos se cumplían estas claves clínicas: a) que en el cáncer del colon derecho el dato más constante y .sobresaliente es la anemia y b) que en el cáncer del colon izquierdo lo dominante eran manifestaciones de oclusión mecánica del intestino (dolor cólico, estreñimiento, **diarrea,** períodos de alternancia de los dos últimos). He aquí los resultados:

COLON DERECHO. .. Hematocrito bajo 35, Hemoglobina bajo 8	50%
COLON IZQUIERDO. .Hematocrito bajo 33, Hemoglobina bajo 8	50%

HABITO DEFECATORIO

COLON DERECHO. .. .Ningún cambio	100%
COLON IZQUIERDO. .Alteración del hábito defecatorio	100%
Diarrea sanguinolenta	25%
Heces sanguinolentas	23%
Estreñimiento	19%
Obstrucción mecánica completa	18%
Diarrea acuosa	11%
Diarrea alternando con estreñimiento ...	4%

Tenemos que concluir que en lo relacionado con hábito defecatorio la regla clínica se cumplió en el grupo que analizamos pues en el del colon, derecho no hubo ningún cambio, en tanto que en el del izquierdo si hubo manifestaciones acordes con lo informado en el extranjero.

No podemos decir lo mismo en lo que a anemias se refiere. Hubo anemias más acentuadas en el cáncer del colon izquierdo que en el del derecho. Sin duda esta acentuación fue debida a lo tardío de la evolución en que se presentaron al hospital, pero tan tardíos fueron los del lado izquierdo como los del lado derecho y hay que recordar que los informadores extranjeros dan como un síntoma y signo inicial del cáncer del colon derecho a la anemia inexplicable que ha sido mal tratada con hierro o; transfusiones sanguíneas; si desde un principio es evidente debería constatarse, aún más acentuada, en las épocas avanzadas de la enfermedad.

ANÁLISIS POR LOCALIZACION

A.—CANCER DEL RECTO

El número total de casos, sus incidencias (global, en vías digestivas, en intestino grueso) y su frecuencia por sexo se consignan en forma gráfica en la Fig. 4.

Se demuestra, por lo tanto, que en nuestra serie el cáncer rectal ocurrió en más de las 3/4 partes de los casos en el sexo masculino. Berk y Col. (4) aseguran que en el segmento rectosigmoideo el cáncer es mucho más frecuente en el sexo masculino, particularmente en los añosos; asimismo, Morson (7) manifiesta que el cáncer rectal es más común en el hombre que en la mujer.

La distribución de los casos por décadas se detalla en la Fig. 5.

El 57% de los casos aconteció en la 5^ y 6^ décadas de la vida, siendo la edad mínima registrada la de 8 años y la máxima de 82.

Los síntomas acusados por los pacientes fueron los que se consignan en el .siguiente cuadro:

Heces con sangre	57%
Diarreas	50%
Dolores cólicos	42%
Proctorragia	35%
Anorexia	28%
Pérdida de peso	21%
Dolor rectal	21%
Vómitos	21%
Heces acintadas	21%
Debilidad	14%
Distensión abdominal	14%
Prurito anal	14%
Moco entre defecaciones	7%

Las manifestaciones hemorrágicas fueron las más frecuentes si tomamos en cuenta que en el 82% la sangre se hizo presente, bien en forma de heces manchadas de sangre o de verdaderas hemorragias rectales. Esto está de acuerdo con lo que nos dice Coller (14) al asegurar que "el sangrado es el más común de los síntomas del cáncer rectal ya que a menudo ocurre en ausencia de otros síntomas"; Swinton y Col. (15) exponen que en su serie el 73% tuvo sangrado y alteración de la función intestinal en igual porcentaje; hubo dolor abdominal inexplicable o dolor rectal en el 63% de los casos; Berk (4) asimismo, encabeza los síntomas por "sangre en las heces" con un.81% de frecuencia pero asegura que los tumores rectales malignos se expresan lo más a menudo por alteraciones de la defecación (cambio del tamaño, forma y regularidad de las heces, disquesia, diarrea, mucorrea). ; asegura que estos tumores que se originan en la mucosa son notablemente indoloros, y que sólo cuando invaden los tejidos presacros, particularmente las vainas perineurales del plexo sacro es que se presenta un dolor referido al perineo, región lumbar o muslos.

Se dice que en el recto el cáncer usualmente no da cuadras de obstrucción, basándose en el amplio calibre de la ampolla y en, que la neoplasia tiende a ulcerarse, lo que trae consigo que el lumen del intestino se man-

tenga abierto hasta períodos avanzados de la enfermedad. El que en nuestro grupo se hayan comprobado manifestaciones de obstrucción sería indicativo de lo avanzado del proceso.

Los signos encontrados al efectuar el examen físico fueron los siguientes :

Tumoración rectal		100%
a) Cara anterior	1	
b) Cara posterior	1	
c) Caras anterior y lateral	2	
d) Con estenosis circunferencial	5	
e) Sin especificar	5	
Dedo explorador manchado de sangre		42%
Abdomen distendido		21%
Febrícula		21%
Sangre en el perineo		14%
Linfadenopatía inguinal		14%
Palidez		14%
Infiltración tabique rectovaginal		14%
Hepatomegalia		7%
Ascitis		7%

La evidenciación de la tumoración fue efectuado en la mayoría de los casos merced al tacto rectal. En una minoría tal constatación se efectuó por medio de la rectoscopia o de 3a radiografía con enema baritado.

Los exámenes de laboratorio demostraron que el hematócrito estuvo sobre 40 vols./00 en 2 casos y que fue inferior a esta cifra en 12; la cifra más frecuentemente encontrada fue 37 y la mínima 24. Los valores de la hemoglobina estuvieron bajo 10 gm./00 en 4 ocasiones, la cifra más frecuente fue 13 y la mínima 6.

Se recurrió a la ayuda radiológica en 9 ocasiones, utilizando la placa simple de abdomen o el enema baritado. Sus resultados fueron:

Placa simple:	Distensión gaseosa de todo el colon	4
	Hepatomegalia	1
	Ascitis	1
	Osteólisis del ilíaco	1
Enema baritado:	Lesión estenosante	2
	Defecto de relleno en ampolla	1
	Lesión vegetante	1

Se confirmó el diagnóstico por medio de biopsia rectoscópica en 11 ocasiones, por biopsia operatoria en 2 y por biopsia inguinal en 1.

En todas las oportunidades el estudio anatomopatológico demostró que se trataba de adenocarcinomas (bien diferenciado 5, indiferenciado 2, sin especificar 7).

Tres de estos pacientes no tuvieron ningún tratamiento por lo avanzado de su mal (infiltración a órganos vecinos, metástasis hepáticas, óseas o peritoneales). Once de ellos fueron intervenidos quirúrgicamente: 3 fueron únicamente explorados, en 5 se efectuó colostomía paliativa y en 3 se practicó resección abdominoperineal.

8 pacientes egresaron en igual estado, 3 como mejorados y 3 fallecieron (mortalidad hospitalaria de 21,4%).

2 de los pacientes que se les había intentado intervención de tipo curativo reingresaron: a) uno con lesiones osteolíticas en el sacro y b) otro con recidiva local. El primero egresó nuevamente en igual estado y el segundo murió mientras estaba en cobaltoterapia.

En suma, de los 14 pacientes 4 fallecieron en el hospital, 9 fueron evacuados en igual estado destinados a una muerte próxima y sólo de I, que tuvo una abdominoperineal, el hospital ignora cual ha sido su super vivencia, si es que la tuvo.

En este grupo los resultados obtenidos han sido extremadamente sombríos. Entre otros motivos es probable que intervenga como factor determinante de fracaso lo avanzado que se encontraban los casos en el momento de la hospitalización. En el exterior se nos dan cifras de supervivencia más halagüeñas; para el caso Swinton y Col. (15) informan que en la Clínica Lahey el porcentaje de supervivencia a los 5 años fue de 50'/.

B.—CANCER DEL SIGMOIDES

Su frecuencia numérica y sexual se exponen en la Fig. 6.

Después del cáncer del recto, el del sigmoides fue en nuestra serie la más frecuente de las neoplasias malignas del intestino grueso. Esta misma relación nos informan autores del área centroamericana y foránea (1, 6, II, 13).

Hubo una mayor frecuencia en el sexo masculino, hallazgo diferente a lo que informan en el extranjero pues según sus observaciones su incidencia está distribuida parejamente entre los sexos (7, 9).

Su distribución por décadas de vida se presenta en la Fig. 7.

El mayor número de casos ocurrió en la 4^ y 5^ décadas, que sumadas representan el 50 *%.* Llamamos la atención sobre la comprobación de 2 casos en la 2º década (una paciente de 14 años y otro de 18).

La evolución d« la sintomatología fue la siguiente:

1 mes	3 casos
2 meses	1 caso
6 meses	2 casos
1 año	1 caso
2 años	1 caso

Los síntomas expresados por los pacientes fueron los siguientes:

Dolor abdominal cólico	87%
Fiebre	50%
Distensión abdominal	37%
Pérdida de peso	37%
Estreñimiento	37%
Paro de evacuaciones intestinales	25%
Diarrea sanguinolenta	25%
Tumor en F. I. I.	25%
Anorexia	25%
Proctorragia	12%

Sobresalen en esta lista el dolor abdominal de tipo cólico y la fiebre. El primero, junto con distensión abdominal, estreñimiento, diarrea sanguinolenta y paro de evacuaciones intestinales son testimonio de la presencia de obstrucción mecánica en el 25% de los casos llegó al grado de completa.

Como signos se constataron los anotados a continuación;

Hiperperistaltismo intestinal	62%
Ampolla rectal vacía	62%
Distensión abdominal	37%
Dolor en F. I. I.	37%
Tumor en F. I. I.	37%
Palidez	25%

De nuevo, las manifestaciones de oclusión dominaron el cuadro de hallazgos físicas. Sólo cerca de 1/3 de los casos demostró la presencia de masa tumoral.

La radiología utilizada en forma de placa simple informó distensión gaseosa del colon en 3 oportunidades. El enema baritado descubrió la presencia de una estenosis orgánica del sigmoidea en 5 ocasiones con la siguiente localización: en su tercio proximal 2 veces, en su tercio medio 1 vez y en el tercio distal 2 veces.

La comprobación histopatológica se obtuvo por biopsia sigmoidoscópica en una ocasión y en las restantes por el estudio de las piezas resecadas o por biopsia obtenida mediante laparotomía. Todos los casos demostraron ser adenocarcinomas con diferentes grados de diferenciación.

La laparotomía demostró que en 3 oportunidades la lesión estaba localizada exclusivamente en el sigmoides, en otras 3 había linfadenopatía regional y en las otras 2 se comprobó invasión peritoneal con ascitis y una vez un trayecto fistuloso en la ulceración neoplásica.

La operación efectuada fue resección del sigmoides en 2 ocasiones, resección rectosigmoidea en otras 2 y, finalmente, en 4 oportunidades únicamente se exploró y tomó biopsia.

Egresaron bajo la siguiente condición: mejorados 4 y en el mismo estado otros 4.

Reingresaron 2 casos del grupo de los mejorados, uno a los 5 meses y otro a los 4 años, ambos con recidiva en la anastomosis. Al primero se le efectuó una transversostomía y se le dio el alta; al segundo se le practicó nueva resección y no ha regresado a control.

C—CÁNCER DEL COLON

Los datos generales de incidencia se dan en la Fig. 8.

En la Fig. 9 se detalla su distribución en décadas de vida.

Su localización en los distintos segmentos del colon puede ser comprobada en la Fig. 7. En el ciego fue donde se comprobó el mayor número de casos y desde ahí había invadido parcialmente la parte inicial del colon ascendente. No se constató ningún caso que aparentemente se hubiera iniciado en el colon ascendente y en el ángulo hepático del colon no hubo comprobación neoplásica; dos veces se localizó en el ángulo esplénico y

■ma lo hizo en cada una de las siguientes partes del colon: porción media del transverso, porción media del descendente y, finalmente, porción distal de este último.

La duración de los síntomas estuvo comprendida dentro del año en el 87% de los casos y, de éstos, el 75% acusaban una evolución dentro de los 6 meses anteriores a su ingreso; en el 25% la sintomatología fue menor de 1 mes. El tiempo máximo fue de 3 años y el mínimo 5 días.

La sintomatología referida fue la siguiente:

Dolor cólico	100%
Vómitos	75%
Diarrea	50%
Anorexia	50%
Pérdida de peso	50%
Debilidad	25%
Estreñimiento	25%
Tumor abdominal	25%
Heces con sangre	12%
Heces negras	12%
Paro de evacuaciones intestinales	12%

Los hallazgos constatados por el examen físico fueron:

Hiperperistaltismo intestinal	37%
Distensión abdominal	37%
Tumor abdominal	37%
Dibujo asas intestinales	25%
Desnutrición	25%
Palidez	12%
Febrícula	12%

Las datos de laboratorio sobre hematócrito y hemoglobina revelaron cierto grado no muy acentuado de anemia. Las cifras más frecuentes fueron 37 para el primero y 8 para la segunda.

La principal ayuda radiológica fue el enema baritado que reveló paro de la columna radiopaca a nivel del segmento afecto en 7 oportunidades e irregularidad de la pared externa del ciego en una. La placa simple de abdomen informó la existencia de una obstrucción mecánica completa de intestino grueso en 3 ocasiones.

Los 8 casos fueron laparotomizados y la exploración demostró la existencia de las siguientes metástasis:

Ganglios regionales	3 casos
Epiplón mayor	2 "
Peritoneo visceral y parietal	2 "
Epiplón gastroesplénico	1 caso
Hígado	1 "

La operación efectuada consistió en:

Hemicolectomía derecha	2 casos
Hemicolectomía izquierda	1 caso
Resección del ángulo esplénico	1 "
Ileocoloanastomosis	2 casos
Colostomía	2 "

La confirmación diagnóstica se obtuvo del estudio de las piezas resecadaso de las biopsias obtenidas durante la laparotomía. El análisis histopatológico informó que todos los casos era adenocarcinomas de diferentes grados de diferenciación.

Su condición de egreso fue calificada como sigue:

Mejorados	.....	3 casos
Muertos	.....	3 "
Igual estado	.....	2 "

Dos pacientes en quienes se practicó hemicolectomía derecha se rehospitalizaron: uno a los 10 meses y el otro al año, ambos con recidiva en la anastomosis y con síndromes de oclusión mecánica del intestino; uno murió en el hospital y el otro egresó en igual estado.

Del resto de los casos el hospital no tuvo control.

CONCLUSIONES

1.—El cáncer del intestino grueso ocupó el segundo lugar de frecuencia 9.7%) entre las neoplasias malignas primitivas del tracto digestivo. 2.—Hubo dominio del sexo masculino en la proporción 2,3:1. 3.—El 56,6% de los casos ocurrió en la 5^ y 6^ décadas. 4.—La mitad de los casos ocurrió en el recto y más de la cuarta parte radicó en. el sigmoides.

5.-—En el cáncer del colon izquierdo hubo un 100%. de cambios defecatorios, hecho que no ocurrió en el del derecho.

6.-—En ambos lados hubo anemia siendo más acentuada en los que radicaban en colon izquierdo. 7.—El cáncer del recto ocurrió en más de las 3/4 partes de los casos en el sexo masculino.

8.—Los síntomas relacionados con pérdidas sanguíneas fueron los más frecuentes, seguidos por manifestaciones de obstrucción mecánica distal.

9.—El hallazgo más frecuente fue la constatación de la tumoración.

10.—Los exámenes complementarios demostraron anemia y la radiología contribuyó adecuadamente al diagnóstico.

11.—Los casos eran avanzados y el resultado del tratamiento fue sombrío.

12.—El cáncer del sigmoides en el 75% de los casas se instaló en hombres.

13.—Los síntomas principales se subordinaron al obstáculo mecánico que ocasionaban en el intestino.

14.—Los hallazgos se relacionaban, también, con igual fenómeno.

15.—Los resultados finales del tratamiento, aunque mejores que en el anterior, continúan ensombrecidos.

16.—El cáncer del colon fue poco frecuente encontrándose 3 casos en ciego, 2 en ángulo esplénico y 1 en cada una de las siguientes porciones: 1/3 medio del transverso, 1/3 medio y 1/3 distal del descendente.

17.—Los síntomas y signos se relacionaron con pérdidas sanguíneas y con obstrucción mecánica del intestino. 18.—Los resultados finales del tratamiento fueron desalentadores.

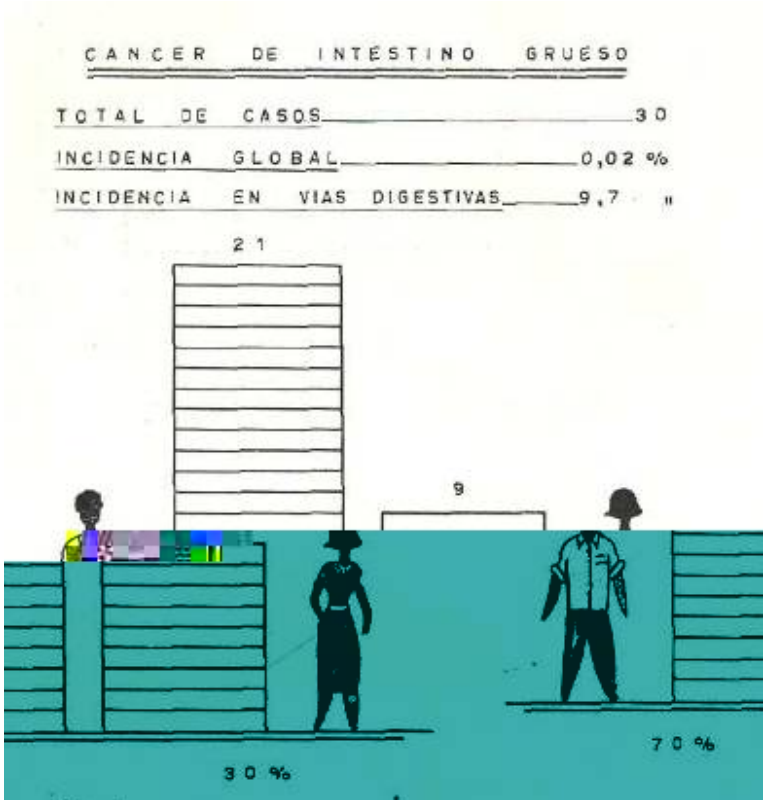
CANCER DE INTESTINO GRUESO
TOTAL DE CASOS 30
INCIDENCIA GLOBAL 0,02 %
INCIDENCIA EN VIAS DIGESTIVAS 9,7 "
21
9
30 %
70 %

Fig. 1

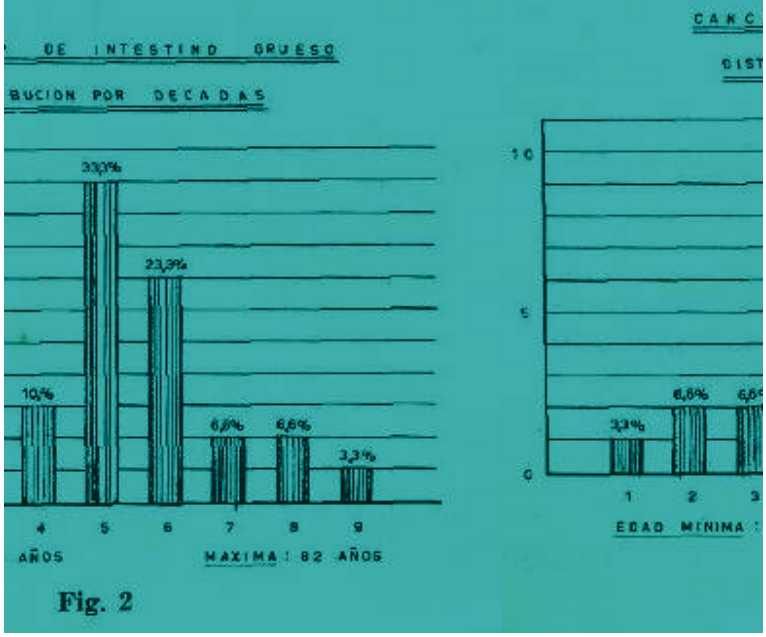
DE INTESTINO GRUESO
BUCION POR DECADAS
33,3%
23,3%
10%
6,6%
6,6%
3,3%
4 5 6 7 8 9
AÑOS
MAXIMA : 82 AÑOS
10
5
0
3,3%
6,6%
1 2
EDAD MINIMA

Fig. 2

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1.—INFANTE DÍAZ, S.: Cáncer en El Salvador. Ministerio de Educación. El Salvador. **1966.**

2.—TEJADA, C. y SCHRIMSHAW, N. S.: Patología Guatemalense a mediados del Siglo XX. Rev. Coleg. Méd. 15: 113 1964.

3.—ROJAS, J. C, **CORCHON,** J. F. y GALLEGO, C: Tumores del aparato digestivo. Prens. Méd. Arg. 51: 919, 1964.

4—BOCKUS, H. L.: Gastroenterology. Capítulo 73 {Berk J. E. y Haubrich, W. S.) pag. 989. W- B. Saunders Company. Philadelphia 1964.

5.—COLÉ, W. H., ECONOMU, S. y KUNTER, J.: Carcinoma of the colon. The Surg. Clin, of N. A. 42: 519, 1962.

6.—PEYSTER, F. A. de, GILCHRIST, R. K. : Pathology of the colon and rectum. The Surg. Clin, of N. A. Nationwide Number: 1295, 1955.

7.—MORSON, B. C. : Notes on the pathology of carcinoma of the Iarge intestine. National Cáncer Institute. Monografía 25: 287, 1967.

8.—LÓPEZ VÁRELA, E. A.: Revisión de las neoplasias malignas del cólon, sigmoides y recto en el Hospital de la Caja Costarricense del Seguro Social. Memoria del IX Congreso Médico Centroamericano. Pág. 277, 1961.

9.—ZERPA-MORALES, *3.* P., VALENCIA-PARPACEN, J., LOUIS, C. E., D'ESCRIVAN, G., CANDI A-CANDI A, E. y BRONFERN-MAJER, S.: Tumores malignos del colon y anorrrecto; su incidencia, clínica, diagnóstico y tratamiento. G.E.N. 15: 495, 1961.

10.—MONTENEGRO, M. R. : Cáncer of the gastrointestinal canal in Sao Paulo, Brazil. National Cáncer Institute. Monografía 25: 249, 1967.

11.—DOLL, R.: Worldwide distribution of gastrointestinal cáncer. National Cáncer Institute. Monografía 25: **173, 1967.**

12— CATTELL, R. B., MACKENZIE, H. y COLCOCK, B. P. : Cáncer of the colon and rectum. The Surg. Clin, of N. A. Pág. 825, 1955.

13.—COLCOCK, B. P. : Carcinoma of the colon. The Surg. Clin, of N. A. 47: 647, 1967.

14.—COLLER, F. A. : Cáncer of the colon and rectum. American Cáncer Society Inc, New York, 1956.

15.—SWINTON, N. W., SAMAAN, S. y ROSENTHAL, D.: Cáncer of the rectum and sigmoid. The Surg. Clin, of N. A. 47: 657, 1967.

III.—CANCER **DEL HIGADO**

FRECUENCIA

De cada 4.391 pacientes egresados en el lapso en análisis, 1 estaba efecto de cáncer primitivo del hígado (0,02% de incidencia global). Ante tal dato tenemos que concluir que la frecuencia de esta neoplasia maligna es baja en nuestro medio si la comparamos con otras afecciones ocurridas en el período de examen; pero si su ocurrencia la parangonamos con. otros cánceres del tracto digestivo comprobaremos que su incidencia no es tan baja ya que ocupó el tercer lugar, con un 9,0% de frecuencia, sobrepasada únicamente por la del cáncer gástrico y la del intestino grueso.

Nos es difícil tratar de establecer comparaciones con lo informado en el área centroamericana y en el resto del mundo pues la mayoría de los informes *&e* relacionan con material de autopsia y no con material clínico con comprobación anatomopatológica. Lo que sí es evidente es que el cáncer del hígado tiene una variación acentuada desde el punto de vista geográfico y creemos que en éste interviene, más que una situación meramente física, una serie de factores agregados (alimentos, hábitos, etc.) que dan la explicación porque en lugares próximos con identidad de condiciones geográficas den marcadas diferencias de incidencia.

Confirman los datos anteriores las incidencias de autopsia que han llegado a nuestras manos: Infante Díaz (1) informa un 0,43% en El Salvador, Rivero (2) un 0,47% para Venezuela, Oropeza y Pack (3) un 0,1% para Europa y Berk con Priest (4) da una incidencia que va del 3,19 al 0,72% para Estados Unidos del Norte; los últimos manifiestan que el porcentaje de incidencia en Francia es de 2,36, en Vietnam es de 1,35, en India es de 1,6, en Japón de 1,7 y en Tailandia es de 1,55. Los únicos informes de incidencia clínica con comprobación, patológica que han llegado a nuestro poder proceden de Iglesias Betancourt y Col. (5) que da para Cuba un 0,099% y de Brea (6) que obtuvo un 0.31% en la República Dominicana.

Diferencias más acentuadas encontraremos .si analizamos los informes foráneos sobre frecuencia del cáncer hepático dentro del grupo de las neoplasias malignas. Así, en Guatemala (7) representa un 5,97%, en República Dominicana (6) un 2,4%, en Estados Unidos del Norte (4) un 2,5%, en Europa (3) un 1,5% y en África Occidental Francesa un 55% para los hombres y un 17% para las mujeres (8).

En nuestra serie, las frecuencias generales y por sexo se consignan en la Fig. 1.

Es obligatorio concluir que en nuestra serie los sexos se repartieron a partes iguales los casos de cáncer hepático (50% cada uno). En la serie de El Salvador (1) tampoco hubo manifiesto predominio sexual (54% para el masculino)'. En E.U.A. ocurre más frecuentemente en hombres bajo 3a proporción 4:1 (3) ; en la Argentina el sexo masculino tema el

66% de los casos (9), en Venezuela el 70% (10), en Cuba el 88% (5), en Canadá sube al 98% (11).

Las décadas de vida en que se encontraban los afectas de cáncer primitivo del hígado fueron las que se especifican en la *Fig. 2*.

Las que tomaron mayor número de casos estuvieron comprendidas entre la 3^ y la 6^ décadas y, en conjunto, representaron el 71% de los casos. Las edades mínimas fueron 3 y 12 años y la máxima 76.

En El Salvador (1) la década que obtuvo mayor número de casos fue la 6^; lo mismo pasó en Venezuela (12) y en Cuba (5) ; en la República Dominicana (13) la máxima frecuencia ocurrió en la 5^, seguida por la 6^. En Estados Unidos del Norte (4) la mayoría de los 'casos se encuentran entre los 50 y 60 años de edad, en tanto que en el África la edad promedio es de 37,6 años. Según Glenn (14) existen dos máximas incidencias en la vida: la una en la niñez, antes de los 10 años, y la segunda entre los 45 y los 60 años.

DURACIÓN DE LOS SÍNTOMAS

El tiempo que había durado la manifestación de los síntomas en el momento de ingreso al hospital queda expresado en el siguiente cuadro:

1 mes	3 casos
2 meses	4 "
3 meses	7
4 meses	5 "
6 meses	4
1 año	4 "
años	1 caso

Por tanto, en la mayoría de las ocasiones los cánceres exteriorizaron su existencia y obligaron al paciente a hospitalizarse cuando la enfermedad tenía 6 meses o menos de haberse hecho evidente (82%) ; en el 50% de los pacientes este período prehospitalario se acortó a 3 meses. En la literatura consultada no hemos encontrado especificaciones para establecer comparaciones a este respecto.

SÍNTOMAS

Los síntomas acusados por los enfermos de nuestra serie aparecen condensados en el siguiente cuadro:

Dolor en H. D. o epigastrio	85%
Anorexia	60%
Pérdida de peso	57%
Tumoración en H. D. o epigastrio	53%
Dispepsia	50%
Debilidad	42%
Fiebre	35%
Cambio hábito defecatorio	34%
Ictericia	29%
Crecimiento abdomen superior	14%

De la lista de síntomas apuntados, sólo la percepción por parte del paciente de la tumoración. o crecimiento del abdomen superior, el dolor en C. S. D. y la ictericia eran posibles indicadores de la afección neoplásica maligna del hígado. Todos los demás eran compatibles con afección hepática no neoplásica, con afección de variada etiología del tubo digestivo y hasta extradigestiva. La fiebre, en la mayoría de los casos fue precedida de escalofríos y seguida de sudoración, lo que hizo que en varias oportunidades se considerara la posibilidad de un absceso hepático amebiano. Los cambios del hábito defecatorio consistieron en estreñimiento acentuado o en diarrea.

En la serie de Iglesias Betancourt (5) la astenia, el dolor abdominal y la pérdida de peso tomaron el 33,3 % de los casos cada uno y la anorexia el 22,2%. En los casos personales de Zerpa-Morales (15) la astenia representó el 80% y el dolor abdominal el 50%. Según Llobet (16) el cuadro típico es el de un hombre sobre los 35 años con tumor grande en cuadrante superior derecho, sin más tumores, ictericia leve, ascitis y ligera fiebre inexplicable. Opina Serpa-Morales que Berman ha descrito la más completa monografía sobre el cáncer primitivo del hígado estudiando casos de la raza Bantú; este autor divide los aspectos clínicos en formas típicas (62%) y formas atípicas; las últimas las **subdivide** en forma de cáncer agudo abdominal (8%) que simula un abdomen agudo, ía forma de cáncer febril (8%) que mimetiza un absceso hepático amebiano, la forma de cáncer oculto que se descubre de manera fortuita al examen clínico por cualquiera otra patología o durante la autopsia y, finalmente, la forma de cáncer metastásico (5%) en que el cáncer hepático se hace ostensible por sus metástasis en otros órganos.

HALLAZGOS

Las comprobaciones obtenidas del examen físico de estos pacientes fueron las siguientes:

Hepatomegalia	92%
Tumoración hepática	38%
Ictericia	21%
Desnutrición	21%
Manifestaciones febriles	21%
Palidez	14%
Ascitis	10%
Esplenomegalia	7%

El agrandamiento del hígado fue la constatación más frecuente, habiendo sido uniforme y total en el 32% de los casos, a expensas del lóbulo derecho en el 42% y del lóbulo izquierdo en el 32%. Cuando la exploración clínica detectó la presencia de tumor se constató que era único en el 21% V múltiple en el 17%.La ictericia sólo se observó en 1/5 de los casos lo que se explica porque sólo en los casos en que se comprima o infiltre una vía biliar principal se puede producir ictericia de tipo obstructivo o porque el cáncer crezca injertado en un hígado cirrótico dando una ictericia de tipo hepático. Las manifestaciones febriles se hicieron presentes, también, en 1/5 de los casos, siendo febrícula en el 14 y fiebre 3n el 7%.

Según Berk y Col. (4) los signos físicos más frecuentes son hepatomegalia "(75%), ascitis (66%), ictericia (50%), esplenomegalia (33%),

edema **(80-40%)** y, menos frecuentemente, fiebre. Zerpa-Morales menciona como frecuentes la emanciación, aumento volumétrico del hígado, sensibilidad del mismo, ascitis, ictericia y edema. En la serie de Iglesias Betancourt se comprobó hepatomegalia (77%), edema de las extremidades inferiores (77%), ascitis (55%), ictericia (44%) y fiebre (117o).

LABORATORIO

El Hematócrito reveló cifras por bajo de 40 vols./00 en el 60% de los casos; la cifra más frecuente fue 35 (30%) y la más baja fue de 24 en una ocasión.

La Hemoglobina estuvo por bajo de 10 gm./00 en el 54% de las veces, la cifra más frecuente fue de 8 (23%) y la más baja de 7,5 gm./00.

La cuenta de glóbulos blancos reveló elevaciones sobre 10.000 por mm^3 en el 36%; de los casos, usualmente no se excedieron de 15.000 y la cifra máxima encontrada fue de 42.000 por mm^3.

El índice Ictérico mostró cifras sobre lo normal en el 65%, de las ocasiones pero sólo en el 35% las unidades estuvieron sobre 30.

La bilirubinemia se elevó a expensas de la fracción directa en el 63% y de la fracción indirecta en el 37% de los casos.

En los casos que la ictericia aparentaba ser de tipo obstructivo hubo elevación de fosfatasa alcalina y del colesterol total.

En el 43% de las ocasiones la Cefalin-colesterol dio + + +

o++++•

Según Berk y Priest (4) la anemia frecuentemente está presente con un hematócrito promedio de 35 vols./00 y una hemoglobina promedia de 10 gm./00. Llobet (16) manifiesta que una anemia leve es frecuente pero que la forma severa es rara. Opinión semejante exterioriza Zerpa-Morales (15). Las pruebas de funcionamiento hepático son anormales cuando previamente al desarrollo del tumor la función estaba alterada o cuando el daño producido por la neoplasia es muy extenso. Los leucocitos sólo están ligeramente aumentados en la mayoría de los pacientes, siendo el promedio de 11.000 mm^3, pero a intervalos del curso de la enfermedad la leucocitis se vuelve prominente (4). En la .serie de Salomón y Col. (1) hubo leucocitosis en el **42,5%** y la transaminasa glutámico oxalacética se elevó por encima de 100 unidades en el 77% y la transaminasa glutámico pirúvica se mantuvo por abajo de 100 en el 63,6% de los casos.

RADIOLOGÍA

Los datos aportados por la radiología, utilizando la placa simple de abdomen, el tránsito gastroduodenal y la **radiografía** de tórax, fueron los siguientes:

Hepatomegalia	22	veces
Desplazamiento gástrico a la izquierda	16	"
Elevación cúpula diafragmática derecha	3	"
Obliteración del ángulo costofrénico derecho	2	"
Metastásis pulmonares	2	"
Ascitis	2	"
Esplenomegalia	2	"
Atelectasia laminar basal derecha	1	vez

El agranda miento de la masa hepática fue la constatación radiológica más frecuente (78%), seguida por el rechazamiento del estómago hacia la izquierda por el crecimiento del tumor (56%:). Las otras constataciones fueron poco frecuentes. En ninguno de los casos de la serie se practicó esplenoportografía.

CONFIRMACIÓN DIAGNOSTICA

El establecimiento diagnóstico definitivo de la afección fue establecido por medio de dos procedimientos, punción-biopsia *y* laparatomía con biopsia operatoria. Por medio de la primera se diagnosticaron 15 casos y en los 13 restantes se tuvo que recurrir a la laparotomía exploradora.

En los casos en que se efectuó la exploración quirúrgica, los datos consignados en la descripción operatoria fueron los siguientes:

Tumores hepáticos múltiples	10 casos
Tumor hepático único	3 "
Líquido ascítico citrino	2
Metástasis peritoneales	2 "
Líquido ascítico hemorrágico	1 caso
Hemoperitoneo	1 "

ANATOMÍA PATOLÓGICA

El estudio de las biopsias obtenidas por medio de laparotomía o por la punción dio el siguiente resultado:

Adenocarcinoma hepatocelular	26 casos	92,8%
Adenocarcinoma colangiocelular	1 caso	3,5%
Hepatoblastoma	1 caso	3,5%

El último caso ocurrió en una niña de 3 años de edad.

Si excluimos este último y establecemos comparación de frecuencia entre el primero con el segundo tipo histológico, constataremos que en nuestra serie predominó de manera manifiesta el adenocarcinoma hepatocelular. Según Berk y Priest (4) los hepatomas se encuentran más a menudo que los carcinomas colangiocelulares y en la proporción de 2 o 4:1; los colangiomas son infrecuentes en Africa y en Tailandia se ve uno por cada 15 carcinomas de células hepáticas. Según el mismo autor la cirrosis es un hallazgo asociado en el 75% de los hepatomas y en el 45% de los colangiomas; se ha llegado a decir que la distribución geográfica del hepatoma se calca en la distribución geográfica de la cirrosis hepática. Otros autores afirman este hecho y las cifras informadas de coexistencia varían del 64% (8) al 88% (17). La cantidad de cirróticos que producen hepatomas ha sido considerada fluctuando entre el 4,5 al 10% (18). Según Miyai y Ruebner (19) el carcinoma hepático puede no ser consecuencia de la cirrosis sino que pueden existir factores etiológicos que condicionan al uno o al otro o a ambos. Umaña y Tejeda (7) encontraron que en Guatemala había una incidencia de 4% de hepatoma entre cirróticos. En nuestra serie no hubo ningún informe anatomopatológico que hiciera mención de la coexistencia de cirrosis hepática.

CONDICIÓN DE EGRESO

De los 28 casos hospitalizados, 22 egresaron en igual condición y 6 fallecieron durante su internamiento (21,4% de mortalidad hospitalaria). En el resto de los pacientes no se tuvo control pero han de haber muerto a corto período de su exhospitalización.

CONCLUSIONES

1.—El cáncer del hígado ocupó en nuestra serie el tercer lugar entre las neoplasias malignas primitivas del tracto digestivo (9,0%).
2.—No hubo predominio en la incidencia sexual.
3. —El mayor número de casos estaban entre la 3ą y la 6ą décadas pero el máximo ocurrió en la 4ą.
4.—La duración de los síntomas databa 6 meses o menas en el *S2%* pero la mitad de los pacientes acusaban síntomas de sólo 3 meses de duración.
5.—Encabezaron la lista de los síntomas el dolor en hipocondrio derecho o epigastrio, anorexia, pérdida de peso y tumoración en abdomen superior.
6.—El hallazgo más frecuente al examen físico fue la hepatomegalia, seguido por tumor hepático. Más distantes en frecuencia estaban ictericia, desnutrición y manifestaciones febriles.
7.—La anemia no fue muy marcada; en un tercio de los casos hubo leucocitosis moderada y elevación del índice ictérico. En menos de la mitad de los casos hubo anormalidad en el Cefalin-colesterol.
8.—La radiología demostró principalmente hepatomegalia y desplazamientos del estómago o elevación diafragmática por aumento ponderal de la glándula.
9.—En todos los casos hubo confirmación anatomopatológica por punción-biopsia o biopsia operatoria.
10.—El 92,8% de los **casos** demostró ser un adenocarcinoma hepatocelular.
11.—Seis pacientes fallecieron en el hospital y el resto egresó en igual estado, ignorándose la época en que fallecieron.

IV— CÁNCER DE VESÍCULA BILIAR

FRECUENCIA

En nuestra revisión logramos colectar 25 casos comprobados de cáncer de vesícula biliar entre un lote de 309 cánceres primitivos del tracto digestivo (8,0% de frecuencia).

En la Fig. 3 se muestra su repartición entre los sexos y expone un marcado predominio de este cáncer en el sexo femenino, ya que absorbió el 80% de los casos.

La distribución de los casos en décadas de vida nos hace obtener la gráfica que se presenta en la Fig. 4.

Comprobados que las décadas más afectas fueron la 5^, 6^ y 7^, que sumadas representan el 84% de los casos. La década que aisladamente superó a las demás fue la 7^ con un 32% de casos.

El predominio del cáncer vesicular en el sexo femenino es una constación mundial y las divergencias estriban en pequeñas diferencias de porcentaje. En general este va del 73,1% (20) al 90% (21), siendo el

promedio el 80% en Estados Unidos del Norte según Cohn (22). Este mismo autor asevera que la incidencia del carcinoma de la vesícula biliar es aproximadamente de 5% 'del total de todos los cánceres descubiertos por autopsia y del 0,5 al 3,0% su comprobación durante cirugía biliar; Infante Díaz (21) da una incidencia de 3,08% de cáncer en vesículas extirpadas quirúrgicamente.

Entre los cánceres primitivos del tubo digestivo, en la Argentina lo encontraron Rojas y Col. (9) con un 2,7 de porcentaje y en Guatemala, Tejada y Schrimshaw (23) con. un 9,3%.

Por informes foráneos sabemos que en los Estados Unidos del Norte las décadas más frecuentemente afectas son la sexta y la séptima (22) ; en Argentina (23) ocurre igual predilección; en Chile, Piwonka y Col. (24) encontraron que la mayor incidencia- ocurre entre la *4?* y la 6^ décadas y en El Salvador (21) la de mayor frecuencia fue la 6^, aseverándose que 1 de cada 12 pacientes mayores de 50 años, que tenga patología vesicular, tiene gran probabilidad de padecer de un carcinoma de la vesícula biliar.

EVOLUCIÓN

La evolución sintomática del cáncer de la vesícula biliar se puntualiza en el cuadro siguiente:

15 días	2	casos
1 mes	6	”
2 meses	6	”
3 meses	3	”
4 meses	1	caso
5 meses	2	casos
6 meses	3	”
7 meses	1	caso
8 meses	1	”

El estudio de este cuadro nos revela que la mayoría de los casos tenía una evolución comprendida dentro de los 6 meses anteriores a **su** internamiento (92%) pero que hubo predominio de los casos con evoluciones comprendidas dentro de **los** 3 meses (68%). Es de notarse que ningún caso dio una evolución mayor de 8 meses.

SÍNTOMAS

En el siguiente cuadro se consignan los síntomas acusados por los pacientes en el momento de efectuar su protocolo hospitalario;

Dolor abdominal		92%
a) en hipocondrio derecho	60%	
b) en epigastrio	28%	
c) en ambos	4%	
Vómitos		48%
Anorexia		40%
Tumoración en hipocondrio derecho		36%
Pérdida de peso		36%
Fiebre		36%
Antecedentes de cólicos hepáticos		24%
Debilidad		24%
Estreñimiento		20%
Ictericia obstructiva		20%
Palidez		4%

El dolor, por **tanto,** ha sido en esta serie el síntoma más constante y usualmente fue la primera manifestación del cuadro -sintomático. Su localización fue usualmente en el **C.** S. **D.** y en un **principio** tuvo carácter cólico suave, convirtiéndose luego en continuo con diversos grados de intensidad. La literatura extranjera nos da también como síntomas más. frecuentes al dolor: Rivkin (25) lo encontró en el 90% de los casos, Infante Díaz (2) en el 88,9 ^/í. En el 24% de los casos hubo antecedentes de cólicos hepáticos por un período de 3 **a** 14 años previos a su hospitalización; por regla general el tipo de dolor cólico cambió al de continuo en la mayoría de los casos y en el momento del ingreso el 64% del total de los pacientes manifestaron que su dolor era continuo, en el 20% era cólico y en el 6% no se especificó en los **protocolos;** cambio de carácter del dolor igual al observado por nosotros lo señala **Piwonka** (24) en su serie de 70 casos. La presencia de litiasis vesicular en el cáncer de este reservorio biliar ha .sido señalada tan frecuentemente por informadores extranjeros que se ha llegado a considerar a esta patología como precursora de la neoplasia maligna, al lado de las colecistitis, tumores benignos y factores exógenos. En la serie de Infante Díaz hubo antecedentes de cólicos hepáticos casi en el 39% y en todos se comprobó la existencia de cálculos, aún en los que su presencia no se había manifestado por cólicos (cálculos silenciosos) ; según Cohn (22) la constatación de cálculos ■en la vesícula cancerosa varía del 44 al 100%. y la frecuencia con que se descubre cáncer en las vesículas calculosas extirpadas quirúrgicamente va del *0,66* al 5%.

La literatura consultada dio el segundo lugar entre los síntomas del ■cáncer vesicular a la pérdida de peso, pérdida que casi siempre fue considerable (60 a 100 **libras)** en un tiempo relativamente corto; se da como cifra promedio a la pérdida de 22 libras en un lapso de 5,5 meses (22).

La comprobación de masa tumoral informada por el paciente no es considerada en la literatura y se hace referencia exclusivamente al hallazgo de examen físico.

El resto de los síntomas de nuestra serie guarda similares frecuencias con las informaciones foráneas.

SIGNOS

La lista de los hallazgos fue la siguiente:

Tumor en hipocondrio derecho	60%
Dolor en hipocondrio derecho	60%
Ictericia	24%
Hepatomegalia	20%
Desnutrición	16%
Dolor epigástrico	8%
Linfadenopatía supraclavicular izquierda	8%

En consecuencia, en nuestra serie el hallazgo más frecuente fue la comprobación de una masa palpable en hipocondrio derecho y, con igual porcentaje de frecuencia, la provocación de dolor a la palpación en ese mismo sitio. Hay que hacer notar que en el. 36% de los casos el paciente había percibido tal masa tumoral y que el examen físico casi duplicó tal dato. Según autores extranjeros (22) la masa, es palpable en el 45 al 75% de los pacientes pero consignan que es difícil determinar si **tal** masa es una vesícula carcinomatosa, una hepatomegalia localizada o **una**

combinación de ambas por invasión parenquimatosa del cáncer vesicular. En la serie de El Salvador (21) la masa tumoral fue comprobada en el 66,55%, cifra muy semejante a la nuestra y en Chile (24) el porcentaje de este hallazgo es igual al nuestro (60%).

La hepatomegalia no fue muy frecuentemente hallada, si la comparamos con lo informado por Cohn (22) quien dice que tal agrandamiento se ve en el 50 al 75% de los casos o con lo informado por Infante Díaz (21) quien da un 58,33% de hepatomegalia para sus casos.

EXAMENES COMPLEMENTARIOS

Los valores del hematócrito y la dosificación de la hemoglobina usualmente no revelaron la coexistencia de anemia. En el 74% de los casos el primero estuvo sobre 40 vols./00 y en el 84% la segunda se mostró sobre 10 gm./00.

En los casos en que había ictericia, el fraccionamiento de la **bilirrubina** demostró que en todos el aumento era preponderantemente a expensas de la bilirrubina directa.

La radiología, por intermedio de la placa simple, de la colecistografía, del tránsito gastroduodenal o del enema baritado, sólo aportó datos sugerentes de patología vesicular pero no inclinó el diagnóstico hacia la naturaleza maligna del proceso. En el 80% de los casos la vesícula no logró visualizarse por la ingestión de material radio-opaco, aún empleando en la mitad de los casos una segunda dosis doble; en un 8% la concentración vesicular fue insuficiente para dar informe. La placa simple reveló en el 4% la presencia de cálculos vesiculares naturalmente **radio-opacos** y en el otro 4% mostró calcificaciones de las paredes vesiculares. El tránsito gastroduodenal puso de manifiesto deformación del bulbo duodenal en el 16%, desplazamiento gástrico en el 12% e infiltración del antro pilórico en el 4%. El enema baritado ayudó en el 4% a demostrar compresión en la porción inicial del colon transverso.

CONFIRMACIÓN DIAGNOSTICA

La comprobación anatomopatológica de la afección fue afectuada principalmente por medio de la laparotomía exploratoria con estudio patológico de biopsias o de piezas extirpadas. Por este procedimiento se diagnosticó el 92% de los casos. En el 8% restante el diagnóstico se hizo por el estudio histológico de ganglios supraclaviculares extraídos como biopsias.

Los hallazgos operatorios macroscópicos fueron los siguientes:

Tumor localizado en vesícula biliar	3 veces
Vesícula distendida con paredes engrosadas	4 "
Tumor vesicular con infiltración vecinal	13 "
a) a hígado	3
b) a vías biliares principales	2
c) a estómago, duodeno e hígado	8
Tumor vesicular con metastásis	12 "
a) a ganglios del hilio hepático	6
b) a hígado	5
c) a peritoneo	1
Ascitis	1 vez

En los casos en que se practicó colecistectomía por tenerse el diagnóstico de colecistitis crónica o porque la afección carcinomatosa pareció localizada a vesícula, la sección de la vesícula reveló en la totalidad de los casos la presencia de cálculos dentro del reservorio, en los casos en que no se extirpó se ignora el contenido intraluminal ya que no se hizo estudio autópsico.

En 6 oportunidades se efectuó la colecistectomía, en 2 ocasiones se hizo derivación gastroyeyunal con biopsia y en 15 casos sólo se tomó muestra de la tumoración.

En todas las ocasiones el estudio anatomopatológico informó que se trataba de adenocarcinoma con diferentes grados de diferenciación.

EGRESO

11 de los 25 pacientes egresaron en igual estado con que fueron hospitalizados, 4 fueron marbetados como mejorados y 10 fallecieron (1 en el primer día postoperatorio, 6 en el quinto, 1 en el duodécimo, en 2 no se especifica y 1 no fue laparotomizado. Esto da una mortalidad intrahospitalaria de 40 *7*<. Los 11 casos que fueron evacuados en igual estado deben haber fallecido a corto tiempo de su exhospitalización. No hubo control de los 4 colecistectomizados que egresaron como mejorados.

CONCLUSIONES

1.—El cáncer de la vesícula biliar ocupó el 4° lugar entre los cánceres primitivos del tubo digestivo en la serie analizada (8,0% entre ellos).
2.—Predominó en el sexo femenino en la proporción de 4:1.
3.—Fue frecuente a partir de la 5^ década y la década más afecta fue la 7^ (32%).
4.—La mayoría de los casos tenía una evolución de síntomas comprendida en loa 6 meses (92%) pero hubo predominio en los que los síntomas databan 3 o menos meses (68%).
5.—Los síntomas más frecuentes fueron dolor en hipocondrio derecho (de carácter continuo que sustituyó al de carácter cólico anterior), vómitos, anorexia, tumoración en H. D., pérdida de peso y fiebre. En una cuarta parte de los casos hubo antecedentes de cólicos hepáticos.
6.-—Entre los hallazgos los más frecuentes fueron tumor en hipocondrio derecho y dolor en el mismo sitio. En menos de una cuarta parte de los casos se constató hepatomegalia e ictericia.
7.-—La anemia no fue una comprobación frecuente y cuando hubo ictericia era de tipo posthepático.
8.—La radiología fue contribuyente para localizar la afección pero no para determinar su etiología.
9.—La confirmación diagnóstica se obtuvo en el 92% de los casos por medio de biopsia intraoperatoria y en el 8% por biopsia extra-abdominal.
10.—La mortalidad intrahospitalaria fue de 40% que forzosamente debió subir al 84%) si sumamos los que fueron evacuados en igual estado al del ingreso.
11.—Se ignora el destino de los colecistectomizados (16%;) ya que el hospital no tuvo control de ellos.

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%), **Iiver** (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 comparisson is done with **available** foreign information and, at the end of each analysis, local **results** are given.

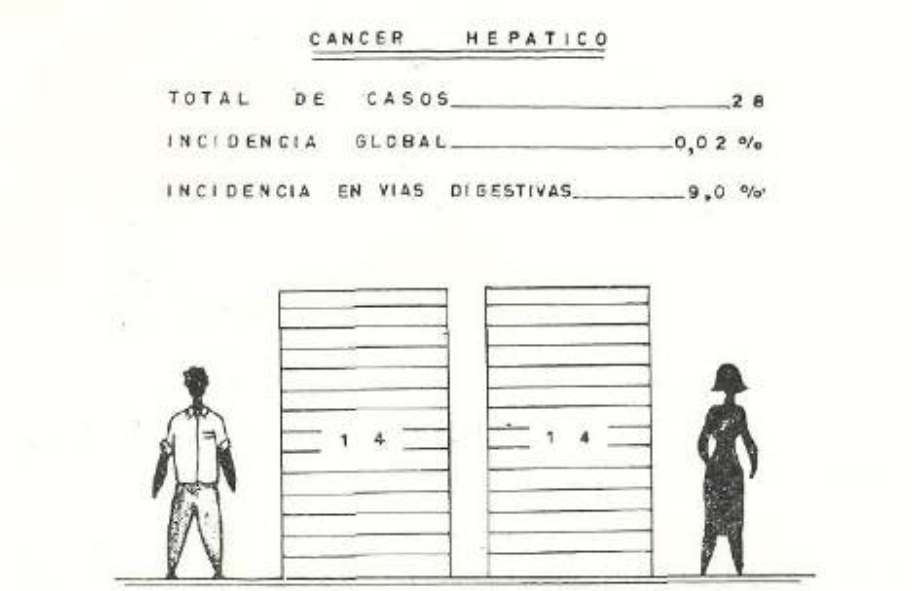
CANCER HEPATICO
TOTAL DE CASOS 28
INCIDENCIA GLOBAL 0,02 %
INCIDENCIA EN VIAS DIGESTIVAS 9,0 %
14
14

Fig. 1

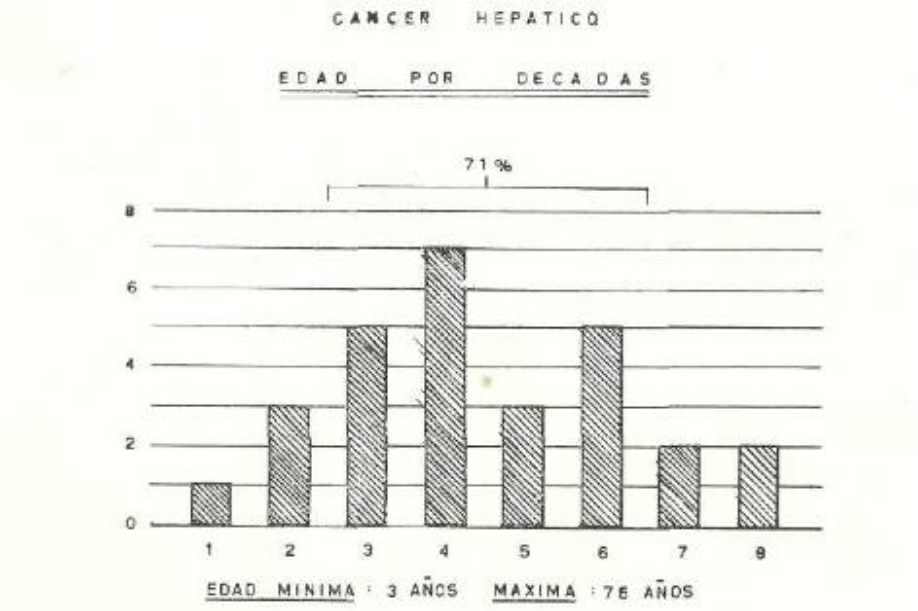
CANCER HEPATICO
EDAD POR DECADAS
71 %
8
6
4
2
0
1
2
3
4
5
6
7
8
EDAD MINIMA : 3 AÑOS MAXIMA : 76 AÑOS

Fig. 2

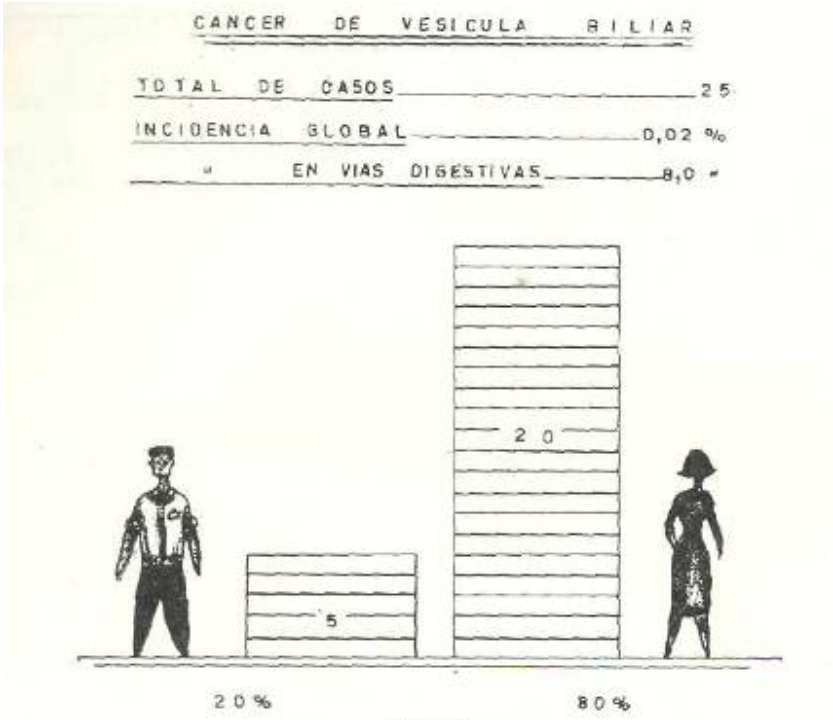
CANCER DE VESICULA BILIAR
TOTAL DE CASOS 25
INCIDENCIA GLOBAL 0,02 %
" EN VIAS DIGESTIVAS 8,0 "
20
5
20 %
80 %

Fig. 3

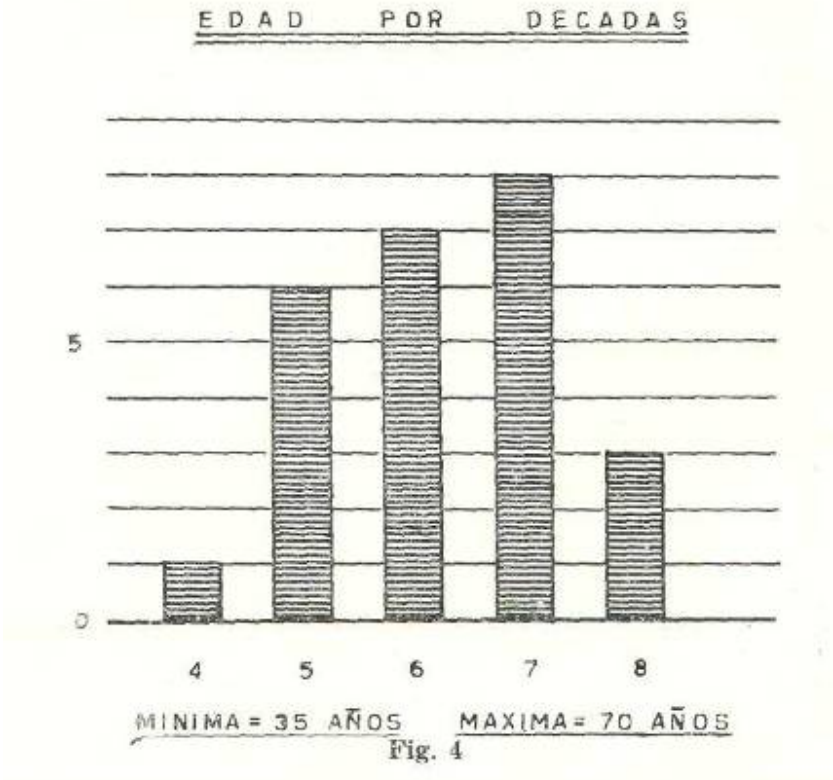
CANCER DE VESICULA
EDAD POR DECADAS
5
0
4
5
6
7
8
MINIMA = 35 AÑOS
MAXIMA = 70 AÑOS

Fig. 4

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1.—INFANTE DIAZ, S.: Cáncer en El Salvador. Dirección General de Publicaciones, El Salvador, 1966.

2.—RIVERO, A.: Cáncer primitivo del hígado. G. E. N. 12: 131 1958

3.—OROPEZA M., R. y PACK, G. T.: Tumores del hígado. Su tratamiento quirúrgico. Tribuna Médica. Vol. IV Nº 196, 1965

4—BOCKUS, H. L.: Gastroenterology. Cap. 104: 502 (Berk, J. E. y Priest, *R.* J. J W. B. Saunders Company, Philadelphia, 1966.

5.—IGLESIAS BETANCOURT, P.; PORTUONDO DE CASTRO, M.; BARRERA *C,* R.; **GOICOCHEA Q,,** P.; MUÑOZ C, R.; MORFFI I., R.; O'HARRIZ, A y **JUSTINIANI** L., F. : Cáncer primitivo del hígado. G. E. N. 13: 81, 1959.

6.—BREA, A. R. : Carcinoma primario del hígado en la República Dominicana. G. E. N. 13: 101 1959.

7.—UMAÑA, G. R. y TEJED A VALENZUELA. C: Patología hepática en Guatemala: Cirrosi y hepatoma. Rev. Col.Méd. 12: 170, 1961.

8.—DENOIX, P. F.*:* Primary cancer of the liver in the world. Schweiz. Ztscr. allg. Path. 18: 564, 1955.

9.—ROJAS, J. C, CORCHON, J. F. y GALLEGO, O.: Tumores del aparato digestivo. **Prens.** Méd. **Arg.** 51: 919, 1964.

10.-—FUENMAYOR, F. A.; FRANA, G. **y** MOLINA, E.: Tumores del hígado; revisión anatomopatológica. G. E, N. 18: 345, 1964.

11.—STRONG, G. F. : Primary carcinoma of the liver. Arch. Int. Med. 30 ■ 791 1939

12.—SALOMÓN h.', R., LECUNA T., V.; VALENCIA-PARPARCEN, J.; SALDIVIA, A. M. y Durand, M.: Hepatoma; análisis de 42 casos. G. E. N. 22: 39, 1967.

13.—BREA, A. R.: Carcinoma primario del hígado en la República Dominicana: otras observaciones. G. E. N. 21: 5, 1966.

14.—OLEEN, F.: The liver and biliary system. Christopher's Textbook of Surgery Pág. 737, *8º* Edición, W. B. Saunders Company. Philadelphia, 1964.

15.—ZERPA MORALES, J. R. : Clínica **y** diagnóstico del cáncer del hígado. G. E. N. 12: **121,** 1958.

16.—LLOBET, R. E. : Carcinoma primario del hígado. G. E. N. 13: 151, 1959.

17.—WELLS, R. F. **y** Lundberg, G. D.: Hepatoma: Review of 43 cases with **comments** on syphilis as an etiologic factor. Gastroenterol. 44: 598, 1963.

18.—BREYER M. **M.** ; **LERNES,** A. **y** FUNES. A.: Hepatoma primitivo del hígado. La Prens. Méd. Arg. 50: **121,** 1963.

19.—MIYAI, K. y RUEBNER, B. H.: Acute yellow atrophy, cirrhosis and hepatoma Their incidence at the John Hopkins Hospital. Arch. 2: 372, 1961. 20.—ARMINSKI, T. C. ; Primary carcinoma of the gallbladder. Cáncer.
Path. 75: 609, 1963.

21.—INFANTE DÍAZ, S.: Carcinoma primario de la vesícula biliar. Memoria IX Congreso Médico Centroamericano. Pág. 423, 1961.

22.—BOCKUS, H. L.: Gastroenterology. Cap. 116 (Cohn, E. M.) W. *8.* Saunders Company. Philadelphia, 1965.

23.—ROJAS, J. C, CORCHON, J. F. y GALLEGO, C: Tumores del aparato digestivo. Prens. Méd. Arg. 51: 919, 1964.

24.—PIWONKA, J., ROJAS, R., GUNDIAN, A., UGARTE, G., ARMAS CRUZ, R. y Yzzigi, R.: Cáncer primitivo de la vesícula biliar. G. E. N. 14: 481, 1960.

25.—RIVKIN L. M. : Carcinoma of the gallbladder. A. M. Arch. Surg. 70: 128, 1955.