

Cáncer primitivo del tracto digestivo

Dr. S. R. Zúñiga*

V. —CÁNCER DEL PÁNCREAS

FRECUENCIA

El cáncer del páncreas ocupó el quinto lugar en nuestra serie de cánceres del tubo digestivo con una incidencia de 4.5%. Uno de cada 8.782 pacientes egresados llevó el diagnóstico comprobado de cáncer pancreático.

Su frecuencia por sexo y en décadas de vida se detalla en la figura 1 expuesta a continuación.

Por ella se logra apreciar que hubo ligero predominio en el sexo masculino, con 8 casos a su favor (57,1%) contra 6 del sexo femenino (42,8%)— Asimismo se constata que la década que tomó mayor número de casos fue la 6^a (35,7%), pero la mayoría de los casos se ubicaron entre la 6^a y la 8^a décadas que, sumadas, representaron el 78^a,5% de los casos.

En 505 casos de cánceres del tubo digestivo comprobados en Guatemala (1) se hallaron 45 casos en páncreas (8,9%) y entre 779 cánceres digestivos analizados en El Salvador (2) hubo 37 ubicaciones pancreáticas (4,7%), cifra esta última que se aproxima a la comprobada en nuestra serie. En la Argentina, Rojas y Col. (3) informan 28 localizaciones pancreáticas en 914 cánceres del tubo digestivo (3,0%).

Berk y Haubrich (4) nos dicen que en los Estados Unidos del Norte el cáncer pancreático se encuentra del 0.3 al 0,75% de todas las necropsias y que representa el 1,76 al 2% de los tumores malignos; según la impresión clínica de estos autores, la relativa frecuencia de esta enfermedad continúa en aumento en su medio. En El Salvador (2) la incidencia autóptica es de 0.52%.

Según Beker y Col (5) en Venezuela la mayor incidencia se encontró entre los 50 y 79 años de edad y la edad promedio fue 57 años. Se citan como edades extremas en que se comprobó este cáncer la de 7 meses y la de 104 años. En nuestra serie la edad más temprana fue 36 años y la más tardía 75 años.

En todas las series informadas hay predominio del hombre sobre la mujer en la proporción de 2 o 3 a 1 (4,6), proporción que se acerca a la constatada por nosotros. Sin embargo, en la serie venezolana hubo igual distribución en los sexos y en la salvadoreña el predominio masculino fue muy escaso.

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

DURACIÓN DE LOS SÍNTOMAS

El tiempo que databa la manifestación de la enfermedad en el momento de la hospitalización queda anotado en el siguiente cuadro:

1 mes	1 caso
2 meses	6 casos
4 meses	4 casos
6 meses	2 casos
1 año	1 caso

Se infiere que el 95% de los pacientes iniciaron su sintomatología dentro de los 6 meses anteriores a su ingreso hospitalario y que la duración más frecuente fue la de 2 a 4 meses..., que **representa** el **71%** de los casos.

SÍNTOMAS

La lista de síntomas se expone en el siguiente cuadro:

Dolor abdominal	100%
a) epigástrico	78%
b) hipocondrio derecho	21%
Ictericia obstructiva	78%
Anorexia	78%
Dispepsia	64%
Pérdida de peso	64%
Estreñimiento pertinaz	57%
Vómitos	50%
Debilidad	44%
Tumor abdominal	35%
a) hipocondrio derecho	21%
b) epigastrio	14%
Fiebre	21%
Diarrea	14%
Antecedentes alcohólicos	14%

El dolor fue el síntoma siempre presente y, además, el iniciador del cuadro clínico; en el 57% de los casos fue de acentuada intensidad y en el resto fue de carácter suave; en pocas ocasiones tuvo carácter cólico y casi en la mitad de los casos se irradió anteroposteriormente a la región lumbar y en el resto de los casos se propagó a hipocondrio derecho, a hombro del mismo lado o no se **irradió**. La ictericia fue en frecuencia el segundo síntoma, yendo acompañada de decoloración fecal o acolia, coluria y prurito cutáneo. Estas comprobaciones demuestran que "la instalación gradual de ictericia indolora" (7) ya no es aceptable para el cáncer del páncreas. Se llama la atención que hubo trastorno del hábito defecatorio en el 71% de los casos, pero este cambio se dirigió más bien, a la constipación pertinaz y en menor frecuencia a la diarrea pancreática. La percepción de tumoración por parte del paciente ocurrió en el 35% de los casos, pero sólo en el 14% tal tumoración correspondió a la neoplasia pancreática ya que en el resto de los casos lo percibido por el paciente era la vesícula biliar distendida.

Beker y Col. (5) obtuvieron en su serie el siguiente orden de síntomas: pérdida de peso, anorexia, dolor y fiebre. Piensan que el primero es el síntoma más constante con un 91,67%; el dolor lo comprobaron en el 88,3% con localización epigástrica, carácter sordo y con irradiación lumbar.

Berk y Col. (4) aseguran que el dolor es el más frecuente de los síntomas iniciales, seguido por la ictericia; cuando ambos están presentes el **dolor** precede a la última. Como tríada sintomática del período de estado dan dolor, pérdida de peso e ictericia. Aseguran que probablemente no hay enfermedad del tracto digestivo que en tan poco tiempo se pierda tanto peso, como en el cáncer del páncreas.

Rastogi y **Brown** (6) comprobaron que en una serie de 100 casos el dolor y la pérdida de peso iniciaban con igual porcentaje la lista de los síntomas.

HALLAZGOS

A continuación se expone la lista de las **comprobaciones** efectuadas

Ictericia	78%
Tumor en abdomen superior	71%
a) en epigastrio	43%
b) en 1/2 superior mesogastrio	21%
c) en 1/2 izquierda mesogastrio	7%
Vesícula distendida	71%
Hepatomegalia	50%
Dolor epigástrico	35%
Palidez	7%
Edema miembros inferiores	7%
Ascitis	7%

Beker y Col. (5) en su serie encontraron como signos de mayor importancia a la hepatomegalia (80%), la ictericia (60%), vesícula palpable (20%) y ascitis (3%). Algunos autores le dan un lugar prominente a la constatación de hepatomegalia, atribuyéndole hasta un 89% de frecuencia (8) y asegurando que tal aumento es más bien debido a la colestasis que a metástasis. De acuerdo con la Ley de Courvoisier, una vesícula biliar distendida e indolora es significativa de cáncer pancreático, pero como toda ley es violable por causas variadas (vesícula afectada de colecistitis crónica que no se deja distender, distensión no comprobable clínicamente pero sí radiológica u operatoriamente) de ahí que los porcentajes positivos de este hallazgo no sean tan altos. La ictericia y la vesícula distendida son privativos del cáncer de la cabeza del páncreas si se establece comparación con la ubicación en el cuerpo o cola del órgano; en esta serie todos los cánceres cefálicos menos uno se acompañaron de ictericia con distensión vesicular y, con frecuencia, de hepatomegalia dolorosa (7 de 11); en otra localización que no fuera la cefálica nunca se comprobó ninguno de estos hallazgos.

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

El hemotócrito estuvo sobre 40 vols. /OO en 8 ocasiones, la cifra mínima fue de 24, la máxima de 49 y el promedio 37. La hemoglobina mostró

estar sobre 10 gm. /OO en 12 oportunidades, la cifra mínima fue 5, la máxima 15 y el promedio 11.

El índice icterico estuvo sobre 7 unidades en 11 casos, la cantidad más alta fue de 154 y las más frecuentes oscilaron entre 50 y 80.

La bilirrubinemia total más alta fue de 31 mg. /OO, la cifra promedio fue 16. El fraccionamiento demostró que en todos los casos el aumento era principalmente debido a la bilirrubina directa.

La fosfatasa alcalina y el colesterol total mostraron aumentos considerables. La proteinemia se mostró descendida. El B. S. P. y la Reacción de Hanger mostraron diversos grados de alteración.

En 5 protocolos no se comprobó la existencia de informes radiológicos, En los 9 restantes casos se efectuaron tránsitos gastro duodena les de los cuales solo 1 fue positivo por hallazgos anormales consistentes en la existencia de una masa circunscrita por el marco duodenal que se encontraba adelgazado. Un colangiograma intravenoso mostró que el contraste se detenía en el 1/3 distal del colédoco y una colangiografía transparietohepática reveló una obstrucción completa del colédoco en su trayecto pancreático.

Llama la atención la poca ayuda prestada por el tránsito gastroduodenal en nuestra serie (1 vez en 9 casos) contra los que nos dan autores extranjeros que obtienen 40 a 43% de datos positivos (4, 5). Ignoramos si en estos informes foráneos se efectuaron duodenografías hipotónicas pero si podemos asegurar que en nuestros casos no se efectuó tal técnica.

COMPROBACIÓN

En todos los casos se efectuó laparotomía exploratoria y los hallazgos intraoperatorios fueron los siguientes:

Tumor en cabeza del pancreas	78,5%
Tumor en cuerpo de pancreas	21,5%
Vesícula distendida	71,4%
Metástasis a hígado	42,8%
Metástasis a ganglios hilio hepático	21,5%
Metástasis a ganglios retroperitoneales	14,2%
Ascitis	14,2%
Metástasis a epiplón mayor	7,1%
Invasión a cólon transverso	7,1%

La localización cefálica del tumor es, según la literatura extranjera, el sitio de predilección del cáncer pancreático; según Berk y Col. (4) 2 de cada 3 cánceres pancreáticos se localizan en la cabeza y Beker y Col. (5) lo encontraron en el 76,6% con esa ubicación.

En 8 de 11 cánceres cefálicos se constataron metástasis (72%) y en ninguno de los cánceres del cuerpo se evidenció la existencia de las mismas. El sitio de predilección de las metástasis fue el hígado, seguido por la colonización en los ganglios del hilio hepático.

Microscópicamente todas las biopsias fueron calificadas como adenocarcinomas con distintos grados de diferenciación.

La conducta operatoria consistió en exploración, toma de biopsia y, además, en 10 casos se efectuó derivación de la bilis o del tránsito gastroduodenal (8 colecistoyeyunostomías, una colecistoduodenostomía y una gastroyeyunostomía).

CONDICIÓN DE EGRESO

La siguiente fue la condición de salida de los enfermos:

Egresaron en igual estado	8
Egresaron mejorados	2
Egresaron muertos	4

No hubo control hospitalario que nos indique el momento de muerte de los exhospitalizados.

CONCLUSIONES

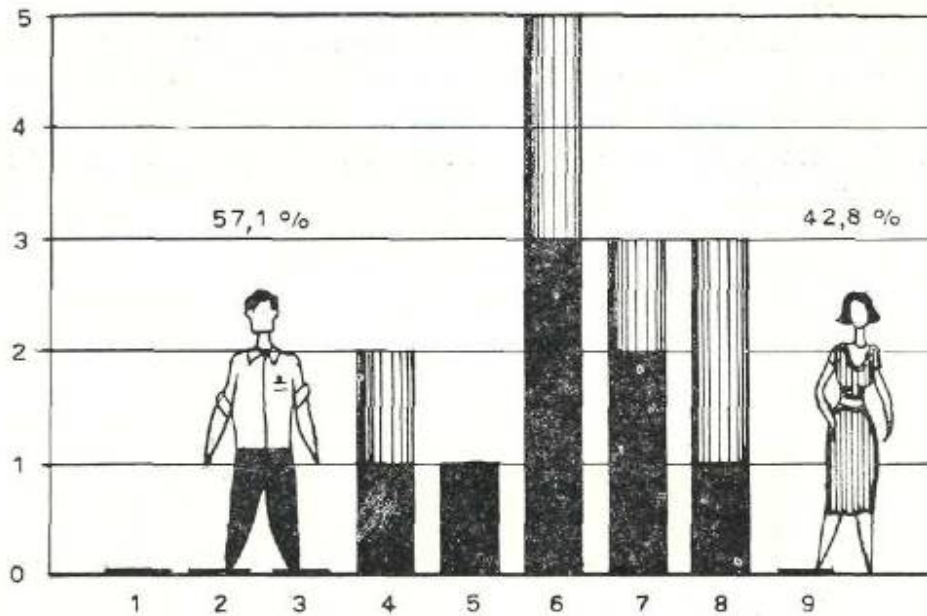
- 1.—El cáncer del páncreas ocupó el quinto lugar de la serie de cánceres del tubo digestivo con una incidencia de 4,5%.
- 2.—Hubo ligero predominio en el sexo masculino (57,1%).
- 3.—La mayoría de los casos se ubicaron entre la 6ª y 8ª décadas.
- 4.—El 95% de los pacientes iniciaron su sintomatología dentro de los 6 meses anteriores a su hospitalización, pero la duración de los síntomas más frecuente fue la de 2 a 4 meses.
- 5.—El síntoma siempre presente e iniciador del cuadro sintomatológico fue el dolor. La ictericia tipo obstructivo y la anorexia tomaron el 78% de los casos. La dispepsia (64%), la pérdida de peso (64%), y el estreñimiento pertinaz (57%) siguieron a los anteriores síntomas.
- 6.—Como hallazgos exploratorios se obtuvieron: ictericia (78%), tumoración en abdomen superior (71%), vesícula distendida (71%), hepatomegalia (50%) y dolor epigástrico (35%).
- 7.—El promedio del hematócrito fue 37 vols./00, el de la hemoglobina 11 gm./00, el de la bilirrubinemia 16 mg./00. La fosfatasa alcalina y el colesterol total se mostraron muy aumentados. Las pruebas de funcionamiento hepático tradujeron diversos grados de alteración.
- 8.—El tránsito gastroduodenal prestó poca ayuda al diagnóstico. La colangiografía transparietohepática no fue un método rutinario.
- 9.—Todos los casos fueron laparotomizados con lo que se demostró que la cabeza del páncreas fue el sitio de predilección (78,5%) y el resto se ubicó en el cuerpo. Se comprobaron metástasis en el 72% de los casos.
- 10.—El estudio histopatológico reveló que todos eran adenocarcinomas.
- 11.—La conducta operatoria fue meramente exploratoria o paliativa.
- 12.—Hubo un 28,5% de mortalidad intrahospitalaria y se desconoce la supervivencia de los egresados que sólo se exploraron o en quienes se intentó una mejoría.

SUMMARY

Carcinoma of the páncreas ranked in 5th place among the total of G.I. tract carcinomas **reviewed** in this paper (4.5%). It was predominant in males between the 6th and 8th decades of life. **The** head of the páncreas was the predilect site of origen (78.5%) and metastases were foimd in 72% of the cases when the diagnoses was made.

CANCER DE PANCREAS

TOTAL DE CASOS	14
INCIDENCIA GLOBAL	0,01 %
# EN VIAS DIGESTIVAS	4,5 #



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.—TEJADA, J. C. y SCHRIMSHAW, N. S.: Patología guatemalense a mediados del siglo XX. *Rev. Col. Méd.* 15: 113, 1964.
- 2.—INFANTE DIAZ, S.: Cáncer en El Salvador. Ministerio de Educación. El Salvador. 1966.
- 3.—ROJAS, J. C., CORCHON, J. F. y GALLEGO, O.: Tumores del aparato digestivo. *Prens. Méd. Argent.* 51: 919, 1964.
- 4.—BOCKUS, H. L.: *Gastroenterology*. Capítulo 129 (Berk, J. E. y Haubrich, W. S.) W. B. Saunders Company. Philadelphia, 1965.
- 5.—BEKER, S., VALENCIA-PARPARCEN, J., CASALTA, V. y SALOMON, R.: Adenocarcinoma del páncreas; análisis de 60 casos. *G. E. N.* 19: 43, 1964.
- 6.—RASTOGI, H. y BROWN, C. H.: Carcinoma of the pancreas; a review of one hundred cases. *Cleveland Clin. Quarterly* 34: 243, 1967.
- 7.—ROSS, D. E.: Cancer of the pancreas. *G. E. N.* 14: 157, 1959
- 8.—SCHIFF, L.: Absence of a palpable liver; a sign of value in excluding obstructive jaundice due to pancreatic cancer. *Gastroenterology*, 32: 1.143, 1957.

VL—CÁNCER DEL ESÓFAGO

FRECUENCIA

Con un 3,2% de incidencia entre los cánceres primitivos del tubo digestivo, ocupó el 6^o lugar en la serie por nosotros analizada.

El número total de casos, la incidencia global y en vías digestivas, lo mismo que su distribución por sexo y su ubicación en décadas de vida queda expuesto en la figura 1.

En esta pequeña casuística hubo un ligero predominio en el sexo masculino (60%) y a partir de la 4^a década casi se manifestó una distribución proporcional hasta la 8^a, con un mínimo aumento en la 5^a década.

En el exterior los porcentajes de incidencia de esta afección entre los cánceres digestivos presenta variaciones. En Guatemala (4) se nos informa un 1,4%, en El Salvador (2) un 4,3%, en Estados Unidos de Norte América (3) un 7% y en la Argentina (4) un 18,1%.

La mortalidad por cáncer esofágico presenta, también, oscilaciones según los países (5): cifras extremadamente altas son informadas en Sur África, cifras altas proceden de las Indias Occidentales (Puerto Rico y Jamaica), Lejano Oriente (China) y de Francia. Hay islotes de alta incidencia en Sur América (Brasil).

Parece aceptado el predominio del sexo masculino que según Young (3) guarda una relación con el femenino de 4:1 a 6:1. Sin embargo, consideraciones mundiales muestran que donde es mayor la incidencia la proporción se iguala (5 en algunos países (Sur África) y en otros (Francia) la proporción es 20 veces mayor en los hombres. En los países vecinos al nuestro (2) se ha informado predominio en el sexo femenino (55%). En la Argentina (4) la proporción vuelve a ser desventajosa para el sexo femenino ya que el masculino asume el 86% de los casos y en una serie de Venezuela (6) este sexo es tomado en el 68,3%.

En cuanto a distribución por décadas, en El Salvador hubo mayor frecuencia en la 6^a y 7^a décadas (2) y lo mismo ocurrió en la Argentina (.). En Brasil (7) predomina en la 5^a, 6^a y 7^a, con máxima ocurrencia en la 6^a. En Venezuela la 6^a y la 7^a sumadas representan el 65% de los casos. En los Estados Unidos de Norteamérica la enfermedad ocurre a menudo entre los 50 y los 70 años (3).

Entre las causas predisponentes al cáncer esofágico se han mencionado las siguientes: estenosis benignas, hernia hiatal, acalasia, excesiva ingestión de alcohol, divertículos esofágicos, síndrome de Plummer-Vinson, pólipos, ingestión de alimentos o bebidas muy calientes, etc.

SÍNTOMAS

La lista de síntomas acusados por los pacientes fueron:

Disfagia	90%
a) para sólidos	60%
b) para líquidos y sólidos	30%
Vómitos posprandiales	80%
Pérdida de peso	60%
Odinofagia	30%
Hematemesis	20%
Debilidad	20%
Sialorrea	10%
Disfonía	10%

Parece que es mundial la aceptación que el síntoma más frecuente de cáncer esofágico es la dificultad mecánica para la deglución () ; su instalación es usualmente progresiva, al principio únicamente para los sólidos, luego para los alimentos blandos y, por último, hasta para los líquidos. En nuestra serie, los vómitos, o mejor las regurgitaciones postprandiales ocuparon el segundo lugar en frecuencia; la pérdida de peso fue común y en su patogenia intervinieron de manera preponderante la disfagia y las regurgitaciones postprandiales. El dolor a la deglución localizado subesternalmente es manifestación de la invasión de los tejidos vecinos y, por tanto, indicio de* cáncer esofágico avanzado. El resto de los síntomas es poco frecuente y en otras series ocupan igualmente los últimos lugares de la lista de síntomas.

HALLAZGOS FÍSICOS

En el 40% de los casos no se comprobó la existencia de anormalidad al efectuar el examen físico. En el 60% se constató enflaquecimiento acentuado y/o palidez de las mucosas. Se dice que en las fases tempranas de la enfermedad la exploración clínica de los pacientes es negativa (3) y que el más común de los hallazgos es la pérdida de peso (6). Se mencionan como posibles comprobaciones: adenopatías linfáticas axilares, supraclaviculares o cervicales, hepatomegalia por metástasis y siembras pulmonares.

RADIOLOGÍA

El tránsito esofágico evidenciado por medio de la papilla baritada dio el resultado siguiente:

Estenosis esofago inicial con invasión a tráquea	1 caso
Estenosis pars hiliaris	2 casos
Estenosis a nivel del cayado aórtico	2 casos
Estenosis del 1/3 distal del esófago	3 casos
Defecto de relleno en el 1/3 distal del esófago	2 casos
Dilatación del esófago proximal	3 casos

De estos informes radiológicos podemos inferir la siguiente, ubicación del cáncer en esta corta serie:

1/3 proximal	1 caso
1/3 medio	4 casos
1/3 distal	5 casos

Se dice (3) que el cáncer esofágico ocurre frecuentemente en los 3 sitios de disminución normal del calibre del esófago: área postcricoidea, cerca del bronquio izquierdo y en la unión cardio-esofágica. En Brasil (7) el 1/3 medio toma el 43% y el inferior el 38% ; ignoramos si este informador incluye entre los cánceres de esófago a los adenocarcinomas del 1/3 inferior que la mayoría de los autores consideran como primitivos del estómago y que secundariamente invaden esófago; nosotros agrupamos los adenocarcinomas de este tercio en los ya estudiados cánceres del estómago. Una distribución semejante nos dan Louis y Bronfenmajer* (6) en casos venezolanos. Postlethwait y Col. (9), al revisar 253 carcinomas escamosos del esófago, encontraron que la mitad de ellos estaba en el 1/3 medio y el resto igualmente dividido en los dos tercios restantes.

EXAMENES COMPLEMENTARIOS

Como regla, en la pequeña serie no se comprobó la existencia de anemia acentuada. El **hematócrito** estuvo sobre 40 vols./OO en el 50% de los casos y la cifra promedio fue de 37. En cuanto a la hemoglobina, también se mostró sobre 10 gm. /OO en la mitad de los casos y la cifra promedio fue de 11,5 gm. /OO.

CONFIRMACIÓN DIAGNOSTICA

El diagnóstico histopatológico fue obtenido merced a biopsia endoscópica en 6 oportunidades y mediante estudio de la pieza reseca o de biopsia operatoria en 4 casos. En todos los casos el informe patológico fue carcinoma epidermoide, bien diferenciado en 2, moderadamente diferenciado en 4 y sin especificación en otros 4.

OPERACIÓN

En 2 oportunidades se efectuó una esofagectomía parcial y en los otros casos se efectuó únicamente una intervención paliativa: tubo gástrico retroesternal 1, gastrostomía 1, traqueotomía 1.

EGRESO

Egresaron en igual condición que a su ingreso 5 pacientes, uno fue conceptuado como mejorado y hubo 4 muertes. No se llevó a cabo ningún control de los egresados.

CONCLUSIONES

- 1.—En la serie analizada del cáncer del esófago ocupó el 6º lugar de frecuencia (3,2% entre los cánceres primitivos del tubo digestivo).
- 2.—Hubo ligero predominio del sexo masculino (60%).
- 3.—Fue frecuente a partir de la 4ª década pero el máximo ocurrió en la 5ª.
- 4.—Los síntomas más frecuentemente acusados fueron disfagia (90%), regurgitaciones postprandiales (80%) y pérdida de peso (60%).
- 5.—El examen físico no reveló anormalidad en el 40% y en el porcentaje restante sólo se observó enflaquecimiento y/o palidez.
- 6.—La radiología fue de gran ayuda diagnóstica, revelando estenosis orgánica en el 1/3 proximal 10%, en el medio 40% y en el distal 50%.
- 7.—Los exámenes hematológicos no revelaron anemia acentuada.
- 8.—La confirmación se obtuvo por biopsia endoscópica u operatoria.
- 9.—Sólo en 5 oportunidades se efectuó intervención quirúrgica, en 2 ocasiones de tipo curativo y en las 3 restantes de naturaleza paliativa.
- 10.—Hubo 4 muertes intrahospitalarias, 5 egresaron en igual estado y solamente un caso fue conceptuado como mejorado.
- 11.—No se llevó a cabo ningún control de los egresados.

VII.—CÁNCER DE LAS VÍAS BILIARES PRINCIPALES

FRECUENCIA

Sólo logramos encontrar 3 casos probados de cáncer de las vías biliares principales, lo que da para ellas una incidencia de 0,9% entre las neoplasias malignas del tubo digestivo. Dos de ellos pertenecían al sexo masculino y los casos estuvieron localizados en la 5[^], 6[^] y 8[^] décadas.

Según literatura extranjera este cáncer no es muy frecuente (10) pero se cree que su frecuencia es un poco más alta que lo que se asegura porque en la necropsia es difícil determinar el sitio primario de un tumor que se extiende a estructuras vecinas (hígado, vías biliares, vesícula, páncreas). Según Colín (10) la frecuencia del carcinoma de las vías biliares extra hepáticas en autopsia varía entre 0,19 y 0,26% y representa el 2,2% de todos los carcinomas verificados en necropsias. Según Neibling y Col. (11) se comprobó carcinoma de las vías biliares 41 veces en 14.000 operaciones sobre el tracto biliar (0,29% de frecuencia). El sexo masculino es más afectado que el femenino en la proporción aproximada de 3:2 (10). En la serie de Infante Díaz (2) la década más afectada fue la 6[^] pero, según Cohn, los pacientes usualmente están entre las edades de 50 a 70 años. De acuerdo con la serie de Braasch y Col. (12) la edad promedio es 57 años.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Los síntomas acusados en nuestros casos fueron los siguientes:

Ictericia obstructiva	3 casos
Dispepsia	3 casos
Dolor en hipocondrio derecho	2 casos
Pérdida moderada de peso	2 casos
Anorexia	1 caso
Vómitos	1 caso
Fiebre	1 caso

Como comprobaciones se notaron las siguientes:

Ictericia	3 casos
Hepatomegalia dolorosa	3 casos
Vesícula biliar distendida	2 casos
Ascitis	1 caso

Al apuntar en la lista de síntomas "ictericia obstructiva" se quiere decir que iba acompañada de acolia, coluria y prurito. El dolor se presentó con carácter continuo y fue de intensidad variable.

En la serie informada por Braasch (12) la ictericia se comprobó en el 82%, el dolor en el abdomen superior es el 57%, la pérdida de peso en el 46 % y hepatomegalia en el 37%. La ictericia es obstructiva y progresiva y según Kuwayti y Col. (13) fluctúa alrededor del 60% de los casos; estos mismos informadores comprobaron en el 31,5% de sus casos que la vesícula era palpable; para que ésto se logre la obstrucción debe estar distal a la desembocadura del cístico en la vía principal, la vesícula biliar no debe estar excluida patológicamente y no debe haber sido extirpada quirúrgicamente. Cohn (10) da a la pérdida de peso un 61% de ocurrencia y a la hepatomegalia un 70 u 80%; informa, asimismo, un 25% de fiebre que cuando va acompañada de escalofríos y sudoración en testimonio de colangitis asociada.

EXAMENES COMPLEMENTARIOS

En nuestra corta serie no hubo descenso marcado del hematócrito ni de la hemoglobina; el primero usualmente estuvo alrededor de 44 vols. /OO y el segundo de 12 gm. /OO. El índice icterico fue **siempre** superior a 33 unidades y la cifra máxima comprobada **fue** de 90. La bilirrubinemia se mostró aumentada a expensas principalmente de la fracción directa. La reacción de cefalin-colesterol sólo en una oportunidad estuvo francamente patológica.

La radiología no aportó datos ya que la colecisto o colangiografías orales o intravenosas eran inoperantes por la ictericia y nunca, se efectuó colangiografía transparietohepática.

CONFIRMACIÓN DIAGNOSTICA

En todos los casos se efectuó laparotomía- exploradora comprobándose en 2 oportunidades que el cáncer estaba ubicado en el colédoco distal y en una ocasión en el hepático común. En 2 casos había envolvimiento hepático, en uno por invasión y en el otro por metástasis. Sólo en una ocasión se efectuó colangiohepatoduodenostomía y en las otras dos el cirujano se contentó con tomar biopsia.

El estudio anatomopatológico reveló en las 3 oportunidades la existencia de un adenocarcinoma de vías biliares extrahepáticas.

CONDICIÓN DE EGRESO

Dos de los pacientes egresaron del hospital, en el mismo estado y el otro murió 5 días después de la intervención exploradora. No hubo control de los egresados.

CONCLUSIONES

Consideramos que esta serie es muy corta para que tengan vandez las conclusiones que podamos extraer. Sin embargo, creemos que algunas son vaelderas ya que gozan del apoyo de análisis foráneos:

- 1.—El cáncer de las vías biliares principales no es muy frecuente entre las neoplasias malignas del tubo digestivo (0,9%).
- 2.—Parece afectar con mayor frecuencia al sexo masculino.
- 3.—La ictericia obstructiva y la dispepsia fueron los síntomas más constantes y la hepatomegalia dolorosa junto con la constatación de la ictericia fueron las comprobaciones más comunes.
- 4.—No hubo marcada anemia, el índice icterico fue siempre superior a 33 unidades con bilirrubinemia elevada a expensas principalmente de la fracción directa.
- 5.—La radiología no contribuyó al diagnóstico.
- 6.—La confirmación diagnóstica se obtuvo de la laparatomía exploradora con toma de biopsia.
- 7.—Todos los casos fueron adenocarcinomas.
- 8.—No hubo ningún tipo de cirugía curativa.
- 9.—No hubo control en los exhospitalizados.

VIII.—CÁNCER DEL INTESTINO DELGADO

En este capítulo se incluyen los cánceres que se desarrollaron en el duodeno, yeyuno e íleon.

Es esta serie fueron las ubicaciones menos frecuentes, con un número total de 3 casos. Lo que da una incidencia de 0,9% para los cánceres del tracto digestivo. Puede decirse que aproximadamente hubo un caso de cáncer del intestino delgado por cada 41.000 egresos del hospital.

Esta escasa incidencia no es privativa de nuestra serie. Tanto en material de autopsia como en series clínicas los informes mundiales revelan lo escaso que es el cáncer del intestino delgado. En El Salvador (2) solo se encontraron 15 casos en 3.681 autopsias (0,4%) y en los Estados Unidos de Norteamérica (14) la cifra sube a un 0,62%. En Guatemala (1) representa el 1,7% de los cánceres del tubo digestivo; en Argentina (4) tiene entre los mismos una incidencia de 1,5%; en Egipto (15) toma el 5% de las neoplasias malignas digestivas.

Refieren Braasch y Derribo (16) que en la revisión de la literatura mundial efectuada hasta 1960, Rochlin y Longmire encontraron sólo 650 casos de tumores malignos del intestino delgado.

En lo que a localización se refiere, uno de nuestros cánceres estaba situado en duodeno, uno en yeyuno y uno a todo lo largo del yeyuno-íleon.

El cáncer duodenal radicaba en la 2^a porción de este segmento digestivo, era de crecimiento exofítico y ocurrió en un mulato de 69 años, cuya principal sintomatología era fiebre y anemia y cuya palpación abdominal descubría una masa tumoral en cuadrante superior derecho. Se efectuó laparotomía exploradora comprobándose metástasis hepáticas. Se tomó biopsia y el estudio histopatológico reveló que la tumoración era un LEIOMIOSARCOMA.

El cáncer yeyunal ocurrió en un hombre de 64 años, estaba ubicado a lo cm. del ángulo de Treitz, era de crecimiento exofítico considerable y simulaba casi a perfección una esplenomegalia. El síntoma principal era fiebre y secundariamente dolor en cuadrante superior izquierdo y anorexia. Se laparotomizó extirpándose una tumoración de 700 gm. Que tenía su pedículo en la primera asa yeyunal y cuyo estudio demostró, asimismo, que se trataba de un Leiomiomasarcoma. Se constataron metástasis en hígado. Este caso fue objeto de una comunicación escrita (17).

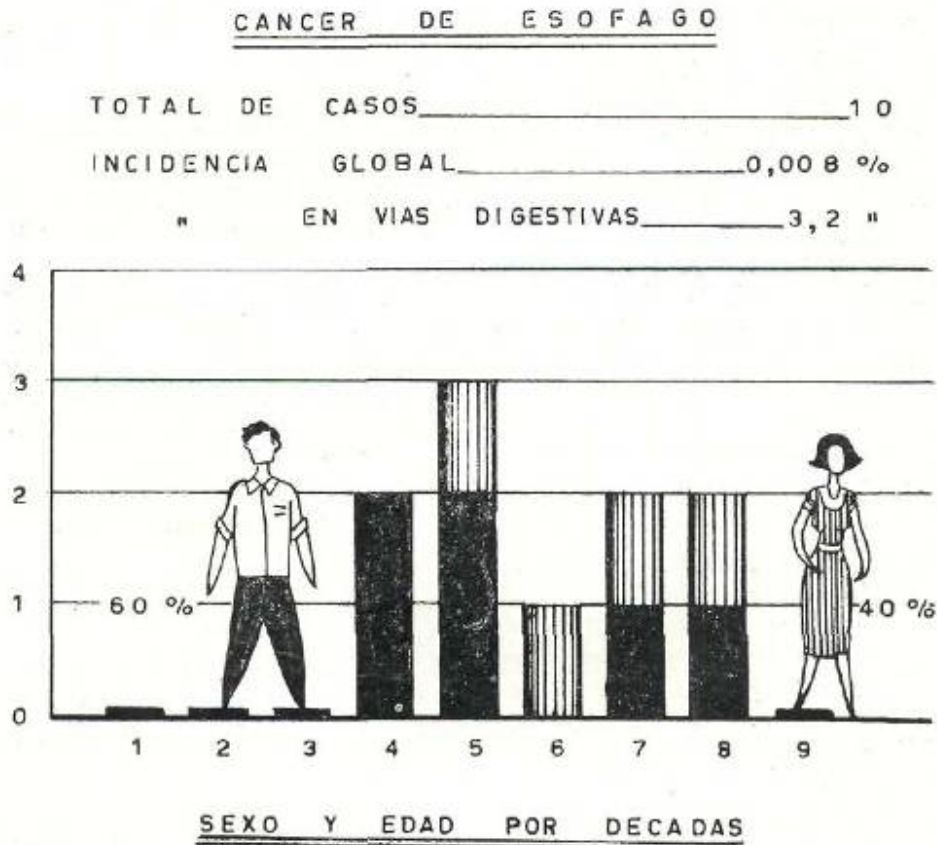
El cáncer yeyuno-ileal se presentó en una mujer de 17 años cuya enfermedad tenía 1½ meses de evolución, con artralgias, diarrea, vómitos y dolor cólico; la exploración demostró distensión abdominal con dolor difuso. Al laparotomizarla se constató líquido ascítico, tumoración a todo lo largo del intestino delgado en su implantación mesentérica y con linfadenopatía regional. El estudio histológico informó linfosarcoma linfoblástico.

Lo reducido de nuestros casos nos impide sacar conclusiones en cuanto a frecuencia de localización en los distintos segmentos del intestino delgado y, otro tanto, en lo relacionado con la naturaleza y sintomatología de este cáncer. Por lo mismo nos abstendremos de revisar literatura extranjera ya que no podemos establecer comparaciones con nuestros escasos casos.

CÁNCER DEL TRACTO DIGESTIVO

SUMMARY

Esophageal cáncer ranked the 6th place among the series of G.I. tract carcinomas reviewed in this paper (3.2%) with slight preponderance in males about the 5th decade of life. The main symptoms were dysphagia, post-prandial regurgitation and weight loss. The cases of biliary tract carcinoma and small bowel cáncer were found so rarely that no valid conclusions can be drawn from our study.



REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.—TEJADA, J. C. y SCHRIMSHAW, N. S.: Patología guatemalense a mediados del siglo XX. *Rev. Col. Méd.* 15: 113, 1964.
- 2.—INFANTE DIAZ, S.: Cáncer en El Salvador. Ministerio de Educación El Salvador. 1966.
- 3.—BOCKUS, H. L.: *Gastroenterology*. Capítulo 11: 169 (Young, J. F.). W. B. Saunders Company. Philadelphia, 1966.
- 4.—ROJAS, J. C., CORCHON, J. F. y GALLEGO, O.: Tumores del aparato digestivo. *Prens. Méd. Argent.* 51: 519, 1964.
- 5.—DOLL, R.: Worldwide distribution of gastrointestinal cancer. Tumors of the alimentary tract in Africa. National Cancer Institute. Monografía 25: 173, 1967.
- 6.—LOUIS, C. E. y BRONFENMAJER, S.: Carcinoma del esófago. *G. E. N.* 20: 445, 1965.
- 7.—MONTENEGRO, M. R.: Cancer of the gastrointestinal canal in Sao Paulo, Brazil. National Cancer Institute. Monografía 25: 173, 1967.
- 8.—AMANS, H. D.: Malignant tumors of the esophagus and esophago-gastric junction. *The Surg. Clin. of N. A.* 44: 585, 1964.
- 9.—POSTLEHWAIT, R. W., SEALY, W. C., EMLET, J. R. y ZAVERTNIK, J. J.: Squamous cell carcinoma of the esophagus. *Surg. Gynec. and Obst.* 105: 465, 1957.
- 10.—BOCKUS, H. L.: *Gastroenterology*. Capítulo 116: 811 (Cohn, E. M.) W. B. Saunders Company. Philadelphia, 1965.
- 11.—NEIBLING, H. A., DOCKERTY, M. B. y WAUGH, J. M.: Carcinoma of extrahepatic bile ducts. *Surg. Gynec. and Obst.* 89: 429, 1949.
- 12.—BRAASCH, J. W., WARREN, K. W. y KUNE, G. A.: Malignant neoplasms of the bile ducts. *The Surg. Clin. of N. A.* 47: 627, 1967.
- 13.—KUWAYTI, K., BAGGENSTOSS, A. H., STAUFFER, M. H. y PRIESTLY, J. T.: Carcinoma of the major intrahepatic and the extrahepatic bile duct exclusive of the papilla of Vater. *Surg. Gynec. and Obst.* 104: 357, 1957.
- 14.—McILRATH, D. C. y HINNEKENS, P. H.: Primary tumors of the small intestine. *The Surg. Clin. of N. A.* 47: 909, 1967.
- 15.—ABOUL NARS, A. L.: Epidemiology of cancer of the gastrointestinal tract in Egyptians. National Cancer Institute. Monografía 25: 1, 1967.
- 16.—BRAASCH, J. W. y DENBO, H. E.: Tumors of the small intestine. *The Surg. Clin. of N. A.* 44: 791, 1964.
- 17.—ZUNIGA, S. R.: Leiomiomas del intestino delgado. *Rev. Méd. Hondur.* 33: 234, 1965.