



ESTUDIO CLÍNICO-MORFOLÓGICO DEL CÁNCER GÁSTRICO DIAGNOSTICADO POR BIOPSIA. HOSPITAL ABEL SANTAMARÍA. 2001- 2003.

Miguel Angel Herrera Pérez*, Gladys Rafaela Cirión Martínez**, Alumno Luis Carlos Ramos Pérez***

* Hospital Universitario "Abel Santamaría Cuadrado" CUBA

** Hospital Universitario "Abel Santamaría Cuadrado" CUBA

*** Hospital Municipal Sandino CUBA

Resumen

El cáncer gástrico para muchos países del mundo ha sido un gran problema de salud por su difícil control, fundamentalmente para el diagnóstico en etapas tempranas que permitan un tratamiento eficaz con una vida útil después de los 5 años. La mayor incidencia de la enfermedad es en los países asiáticos como Japón y China, la enfermedad se encuentra dentro de las 10 primeras causas de muerte. Es a partir de los años 60 con el surgimiento de la endoscopia digestiva que se incrementa el diagnóstico en etapas más tempranas, influyendo en disminuir la morbimortalidad. Este proceso es favorecido por la tradición alimentaria de determinadas regiones del planeta, que contienen en las dietas compuestos N-nitrosos y Benzopirenos, y una alimentación pobre en frutas y vegetales. Existen otros factores que contribuyen a esta enfermedad como: factores genéticos, gastritis crónica atrófica, metaplasia intestinal, adenomas, úlcera y hoy en día se plantea con mucha fuerza la asociación con infección por *Helicobacter Pylori*. Con el objetivo de determinar el diagnóstico de esta enfermedad en el departamento de anatomía patológica del Hospital "Abel Santamaría Cuadrado" en los años 2001-2003, mediante un estudio longitudinal descriptivo obtuvimos una muestra de 95 casos, se analizaron las variables edad, sexo, localización, presentación endoscópica y las variantes histológicas. El grupo etéreo más afectado fue entre los 61 a 80 años, el sexo más afectado el masculino, la localización más frecuente antro y piloro, la forma ulcerada la más observada endoscópica y macroscópicamente y el adenocarcinoma tipo intestinal es el que más se diagnosticó

Introducción

El cáncer gástrico ha sido un gran problema de salud para muchos países del mundo por ser una de las enfermedades de más difícil control, fundamentalmente para su diagnóstico en etapas tempranas que permitan un tratamiento eficaz con una vida útil después de los 5 años (1,2).

La mayor incidencia de la enfermedad es en los países Asiáticos como Japón y China, en Europa, Portugal y en Rusia, en las Américas se reportan las mayores tasas en Chile y Costa Rica (1,3,4), no presentando Cuba (2,3) tasas comparables con esos países, aunque la enfermedad se encuentra dentro de las 10 primeras causas de muerte, siendo la morbilidad digestiva elevada pero muy inespecífica para clínicamente hacer el diagnóstico (4).

Es a partir de los años 60 con el surgimiento de la endoscopia digestiva que se incrementa el diagnóstico en etapas más tempranas, siendo posible disminuir la alta morbimortalidad que hasta esos momentos existía (3,4).

Epidemiológicamente gran importancia se le da a la tradición alimentaria de determinadas regiones del planeta, por contener en sus dietas compuestos N-nitrosos y los Benzopirenos, así como no incorporar a las mismas frutas y vegetales (5).

Otros elementos se describen como contribuyentes de esta enfermedad, entre ellos, los factores genéticos, gastritis crónicas atróficas, metaplasia intestinal, adenomas, úlcera y hoy en día se plantea con mucha fuerza la asociación con infección por *Helicobacter Pylori* (4,6).

Es una enfermedad mayoritaria del sexo masculino, en edades por encima de los 60 años que suele ser asintomática durante largos periodos de tiempo, manifestándose tardíamente con pérdida de peso, anorexia, vómitos, dolor abdominal, anemia y masa palpable abdominal entre otras (7,8).

Morfológicamente pueden ser ulceradas, exofíticas, plana o deprimida en las que no existe una masa tumoral en la mucosa e infiltrativa de la pared, tipo linitis plástica (4,7).

La gran mayoría son Adenocarcinomas los que pueden tener su origen en el epitelio gástrico o en el epitelio intestinal metaplásico correspondiendo con la variedad de tipo intestinal, que es la más frecuente y el de tipo difuso que puede dar lugar a la variedad con células en anillo de sello o mucoproducción (4,7). Además de los tumores que nacen en células glandulares en el estómago también se pueden ver otros tumores de estirpe linfocítica como los miltomas y las neoplasias de la pared como los sarcomas dentro de ellos el más frecuente el leiomioma (9-11).

En esta revisión de 3 años, es nuestro objetivo analizar algunos indicadores clínicos, endoscópicos y morfológicos de la enfermedad que nos permitan caracterizar mejor la misma en el hospital y mejorar la atención médica a los pacientes

Material y Métodos

Se realizó un estudio longitudinal y descriptivo en 95 pacientes con diagnóstico histopatológico de Cáncer Gástrico en el departamento de Anatomía Patológica del Hospital General Universitario "Abel Santamaría Cuadrado" de Pinar del Río desde enero del 2001 hasta diciembre 2003.

Utilizamos los informes de biopsias para seleccionar aquellos con diagnóstico histológico de cáncer gástrico, tomando de estos las variables a estudiar tales como:

- 1- Edad del paciente, los agrupamos en menores de 40 años, en decenios el resto y más de 90 años.
- 2- Sexo. Cantidad de masculinos y femeninos.
- 3- Localización anatómica de acuerdo a la zona de localización del tumor. antro, pilórica. Cardias, cuerpo, fundus entre otras.
- 4- Aspecto de la lesión según descripción endoscópica o macroscópica siendo ulcerado, vegetante o exofítico e infiltrativo.
- 5- Clasificación histológica de acuerdo a la diferenciación de los adenocarcinomas (bien, moderado y pobremente diferenciado), mucoproducción, Carcinomas indiferenciados, Linfomas no Hodgkin (Miltoma), Leiomioblastoma, tumor estromal.

Estas variables las llevamos a tablas y le sacamos su porcentual según corresponde.

Resultados

Tabla 1.

Diagnóstico de las Neoplasias Malignas Gástricas. Distribución por edad. Hospital "Abel Santamaría Cuadrado" desde Enero 2001 hasta Diciembre 2003.

Edad	No Casos	Porcentaje
Menos de 40 años	4	4,2%
41 -50 años	6	6,3%
51 -60 años	23	24,2%
61 -70 años	27	28,4%
71 -80 años	25	26,4%

81 -90 Años	7	7,4%
Más de 90 años	3	3,1%
Total	95	100,0%

Fuente: Departamento Anatomía Patológica. Hospital "Abel Santamaría"

Tabla 2.

Diagnóstico de las Neoplasias Malignas Gástricas. Distribución según sexo. Hospital "Abel Santamaría Cuadrado" desde Enero 2001 hasta Diciembre 2003.

SEXO	No de casos	Por ciento
MASCULINO	63	66,3%
FEMENINO	32	33,7%
TOTAL	95	100.0%

Fuente: Departamento Anatomía Patológica. Hospital "Abel Santamaría"

Tabla 3.

Diagnóstico de las Neoplasias Malignas Gástricas. Localización Anatómica. Hospital "Abel Santamaría Cuadrado" desde Enero 2001 hasta Diciembre 2003.

Localización	Nro de Casos	Por ciento
Antro	35	36,8%
Pilóricas.	23	24,2%
Cardias	12	12,6%
Cuerpo	7	7,4%
Antro -Píloro	7	7,4%
Cuerpo -Antro	6	6,3%
Fondo	5	5,3%
Total	95	100,0%

Fuente: Departamento Anatomía Patológica. Hospital "Abel Santamaría"

Tabla 4.

Diagnóstico de las Neoplasias Malignas Gástricas. Forma de presentación macroscópica. Hospital "Abel Santamaría Cuadrado" desde

Enero 2001 hasta Diciembre 2003.

Forma Macroscópica	Nro de casos	Por ciento
Ulcerada	53	55,8%
Vegetante	26	27,4%
Infiltrante	16	16,8%
Total	95	100,0%

Fuente: Departamento Anatomía Patológica. Hospital "Abel Santamaría"

Tabla 5.

Diagnóstico de las Neoplasias Malignas Gástricas. Diagnóstico Histológico. Hospital "Abel Santamaría Cuadrado" desde Enero 2001 hasta Diciembre 2003.

Variedad Histológica		Nro de Casos.	Por ciento.
Adenocarcinoma Tipo Intestinal	Bien diferenciado	26	27,4%
	Moderadamente diferenciado.	27	28,4%
	Pobremente diferenciado	19	20,0%
Adenocarcinoma Difuso Incluido células en anillo de sello		9	9,5%
Carcinoma Indiferenciado		4	4,2%
Linfoma no Hodgkin		4	4,2%
Leiomioblastoma Bizarro de Staut		2	2,1%
Tumor del estroma		4	4,2%
Total		95	100,0%

Santamaría"

Fuente:
Departamen
Anatomía
Patológica.
Hospital "Abel

Discusión

RESULTADOS Y DISCUSIÓN.

En la tabla 1 observamos un predominio de la enfermedad en pacientes con 51 años o más, siendo las edades de 61 a 80 años donde más se diagnostica, coincidiendo con la literatura Cubana (2,3) y Mundial (4,8), aunque hay que resaltar que la edad es menor en los países con mayor incidencia y que han introducido técnicas endoscópicas para su diagnóstico (4,7,12).

El sexo masculino con relación al femenino es de 2 a 1 (1,2), en esta casuística se refleja en la tabla 2 que el 66,3% pertenece a los hombres.

La localización en antro y el píloro en el desarrollo del cáncer es de alrededor del 60% (4,13), en la tabla 3 encontramos que la afectación de estas regiones fue de 68,4%, superior a lo reflejado en la bibliografía.

En la tabla 4 existe predominio de los cánceres de forma ulcerada con 55,8 % lo que concuerda con lo descrito en la literatura revisada (4,7).

El adenocarcinoma es la variante histológica que con mayor frecuencia se observa en el estómago (4) con sus dos subtipos clásicos el de patrón intestinal originado en áreas de metaplasia intestinal formado por glándulas intestinales neoplásicas y el difuso formado por células mucosas de tipo gástrico que no suelen formar glándulas, sino que infiltran de forma individual en pequeños grupos, algunos tienen una imagen en anillo de sello (4), en la tabla 5, la gran mayoría con 72 casos y 75,8% son adenocarcinomas de tipo intestinal con diferentes grados de diferenciación, seguidos por el difuso de células en anillo de sello con 9,5% y 4 estaban totalmente indiferenciados, el resto eran originados en otros tejidos mesenquimatosos que pueden verse en estructuras anatómicas del órgano en cuestión como músculo liso siendo frecuente dentro de esta variedad el Leiomioblastoma bizarro de Staut, algunos tumores con diferentes tipos de células mesenquimatosas se prefiere llamarlos según clasificaciones modernas como tumores del estroma y en el tejido linfoides diagnosticándose los linfomas asociados a las mucosas llamados maltomas como lo señala la literatura (9,14) todos estos tumores fueron diagnosticados en nuestra casuística.

Conclusiones

CONCLUSIONES.

El cáncer gástrico se presenta con mayor frecuencia a partir de los 51 años, el hombre se afecta el doble que la mujer, se localiza preferentemente en la zona del antro y píloro en más del 50%, su forma anatómica más frecuente es la ulcerada y la variante

histológica más observada es la variante adenocarcinoma de tipo intestinal.

RECOMENDACIONES.

- 1- Ampliar las variables clínicas e introducir la terapéutica y las complicaciones de la enfermedad.
- 2- Estandarizar el diagnóstico histológico actualizado por la Organización Mundial de la Salud y los resultados morfológicos de la endoscopia.
- 3- Realizar la coloración de fucsina para demostrar la presencia o no de *Helicobacter Pylori* en los casos revisados.

Bibliografía

1. - Guevara R, Moya L y Vargas M. Cáncer del estómago en Costa Rica. Incidencia y mortalidad. Rev de la O.P.S. 1988; 105(4): 353-57.
2. - Alsina Sarmiento y Col. Cáncer Gástrico en el Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología. 1976 a 1980. Rev.Cub de Oncología; 1988: 4(3) 73-82.
3. - Nodarse Pérez P y Col. Valor de la endoscopia digestiva en el diagnóstico y tratamiento del cáncer. Rev Médica. Hospital Hermanos Ameijeiras. 1988; 2(2): 181-84.
4. - Ramzi S. Contran MD, Vinay Kumar MD Tucker Collins MD. Robbins. Patología estructural y funcional. Sexta ed. E.U.,2000. pp.833-37.
5. - Zulueta Torres D y Col. Nitratos y nitritos y su posible relación con la morbilidad por cáncer de esófago y estómago. Rev Cub de alimentación y nutrición. 1993; 7(1):21-25.
6. - Díaz S y Col. Incidencia de *helicobacter pylori* en pacientes sintomáticos de vías digestivas. Rev. Med. Quirúrgica Española 2001; 32(1): 47-51.
7. - Rosai J M.D. Ackerman's Surgical Pathology. First ed.E.U. 1998; pp 318-26.
8. - Villarreal C y Col . Cáncer Gástrico.Rev. Med Boliviana; 2002; 26(1):71 -80.
9. - Arista J y Jiménez F. Frecuencia de Linfoma Gástrico en los hospitales de ciudad Méjico. Rev.Gast.Mex. 2001;66(2): 96-100.
- 10-Torres O y Col. Leiomioma Gástrico. Rev.Med.Bras.2000; 57(4):273-74.
- 11 - Bravo M, Andrada A, Sandoval J.Tumor estromal. Ver.Méd.Colombiana 2001; 16(2): 106-110.
- 12 - Dacoull F y Col Cáncer Gástrico. Rev. Med. Montevideo. 2000; 22(4):171-82.
- 13 - Viera M y Col. Estudio comparativo entre adenocarcinoma gástrico de cardía y de antro. Rev. Med. Paulista. 2001, 128(3): 91-94

14 - Sosa R y Col: Tumor estromal gástrico. Rev. Chilena de radiología 2001. 7(4):116-41

Web mantenido y actualizado por el [Servicio de informática](#) uclm. Modificado: 29/09/2005 21:56:28