

# CÁNCER GÁSTRICO EN HONDURAS

*Dr. J. Armando Rivas*

Preocupados ante el número cada vez mayor de cáncer de estómago avanzados encontrados en el servicio de Gastroenterología del Hospital General y Asilo de Inválidos, consideramos oportuno hacer una revisión de esta patología en nuestro material y darla a conocer a los colegas del país con los datos y conclusiones encontrados.

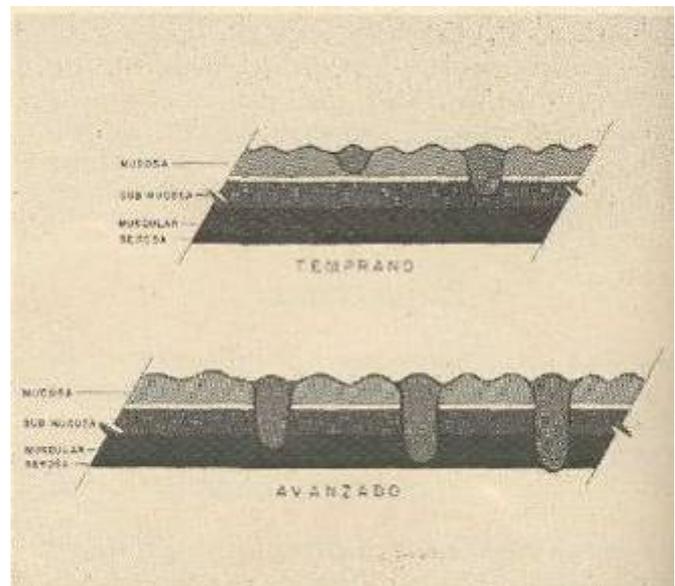
Es sabido que el cáncer gástrico tiene una incidencia variada en los países del mundo, siendo Japón el país con la más alta incidencia: 70 hombres x 100.000 hombres y 37 mujeres.- En América, Chile tiene la mayor incidencia con 70 hombres x 100,000 y 48 mujeres. No tenemos aún cifras de la incidencia en los distintos países de América Central para hacer un índice comparativo pero consideramos el tipo de alimentación y las costumbres son muy similares y no debe haber una variación importante a considerar.

Hasta 1962, el cáncer gástrico tuvo un diagnóstico sombrío y la sobrevida de los pacientes era muy desalentadora. Todo caso diagnosticado era aquel en que había sintomatología digestiva de varios meses y era clasificado en tipo I — II — III — IV de la clasificación de Borrmann, lo que implica un crecimiento tumoral que compromete mucosa-submucosa- muscularis y serosa generalmente con metástasis ganglionares regionales y a distancia.

Es en 1962 que la Sociedad Japonesa de Endoscopia a través del Prof. Tazaka presenta un análisis de los logros en el diagnóstico de las lesiones gástricas por la endoscopia y se forma un comité que clasifica el "Cáncer Gástrico Precoz"; esta clasificación es presentada en Tokio al Tercer Congreso Mundial de Gastroenterología y Primer Congreso Internacional de Endoscopia Gastric-Intestinal, la

cual progresivamente ha tenido una aceptación mundial.- El cáncer gástrico precoz es una lesión que compromete apenas mucosa y/o sub-mucosa considerando apenas su penetración y no su extensión en superficie ni la presencia o no de metástasis. La resección de esta lesión cancerosa en esta etapa de su desarrollo ha permitido una sobrevida de 5 años en 95o/o de los casos operados, lo que ha orientado a la medicina en el sentido de investigar la presencia de este estadio del carcinoma para su erradicación y cura.

En los países desarrollados con incidencia importante de cáncer gástrico, se han formado equipos para la detección del cáncer gástrico precoz, considerando la población que está en edad de desarrollar este padecimiento, los antecedentes hereditarios de las personas a estudiar y las áreas geográficas de mayor incidencia; con lo que se ha logrado recopilar un número aceptable de casos, cuyo tratamiento y evolución han permitido resultados estadísticos satisfactorios.

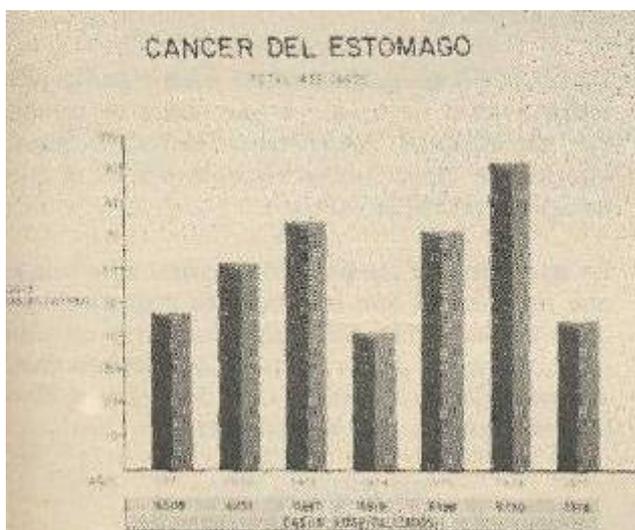


Se han tomado del Hospital General y Asilo de Inválidos los años de 1971 a 1977. Recopilándose 435 casos diagnosticados y comprobados de cáncer gástrico de un total de 46.551 pacientes, atendidos. De estos 435 casos, no hubo un solo caso de cáncer gástrico precoz; en 128 se demostró la neoplasia y se confirmó por biopsia endoscópica. Los otros casos fueron clínico-radiológicos confirmados por cirugía.

1971 - 47  
 1972-62  
 1973 - 74  
 1974-  
 45  
 1975-71  
 1976-91  
 1977-45

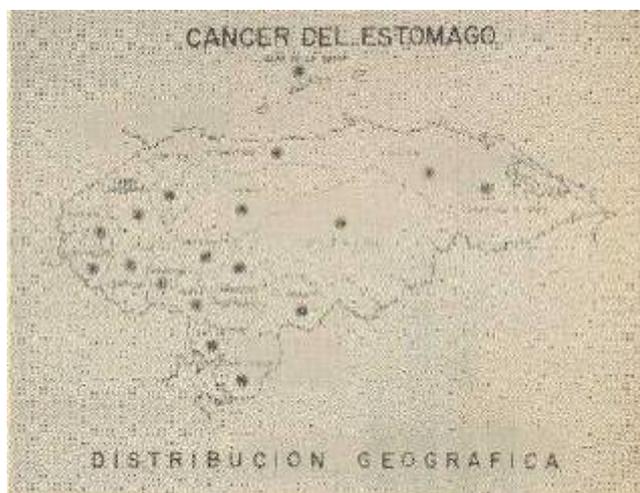
**DISTRIBUCIÓN POR SEXO**

209 casos fueron del sexo masculino  
 181 casos fueron del sexo femenino  
 para una relación hombre mujer de 1.1 a 1.

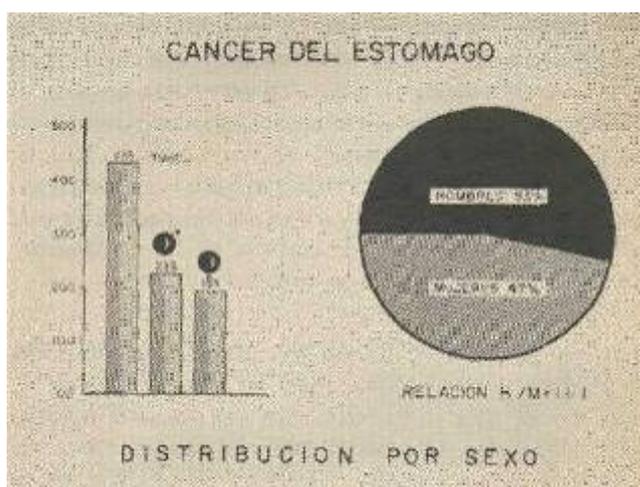


Hemos tratado de mostrar la distribución geográfica de los casos considerando el lugar donde ha habitado los últimos años el paciente y de donde vino al Hospital por su sintomatología, sabemos de antemano que no es un dato fiel pues habrán más casos de las áreas de influencia natural del Hospital, como ser los Departamentos más cercanos y el mismo Francisco Morazán.- No hemos considerado esta-

dísticas de otros hospitales departamentales, que si las tuviéramos nos reflejarían su verdadera distribución, sin embargo, no hay departamento exento, de este mal.

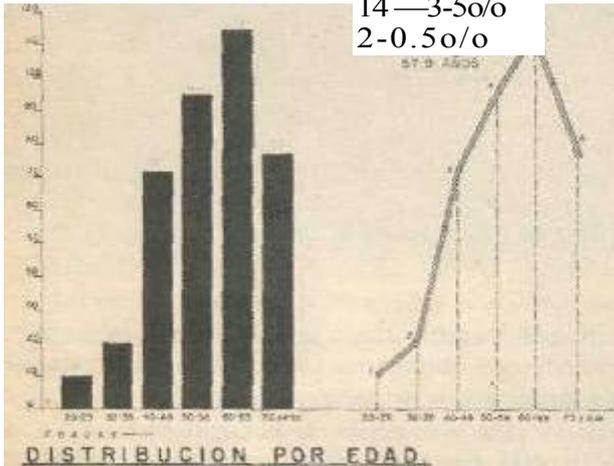


Queremos llamar la atención a la distribución etaria del cáncer de estómago. Como pueden apreciar el 70% de los casos se presentaron hasta la 4a. década de la vida y a partir de la 5a. década se torna mucho más frecuente representando el 93% de los casos, lo que nos indica que después de los cuarenta años toda sintomatología de tubo digestivo superior nos obliga a considerar en nuestro diagnóstico diferencial esta patología.



La sintomatología presentada por los pacientes fue variable siendo los síntomas más comúnmente encontrados:

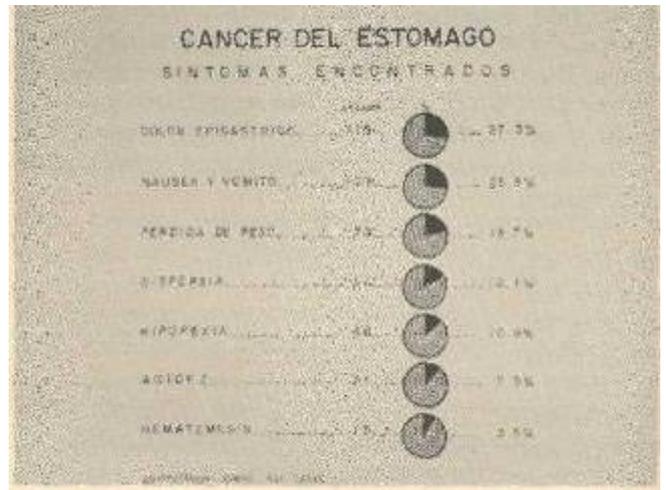
	86 —21.5o/o
Dolor epigástrico Náuseas y vómitos	73-18.25o/o
Pérdida de peso	50~12.5o/o
Dispepsia Hip orexia Acidez	39-9.75o/o
Hematemesis Siedad precoz	27~ 6.75o/o
	19 —4.75o/o
	14 —3.5o/o
	2-0.5o/o



Hubo pacientes cuyo único síntoma fue pérdida de peso, sin embargo, dado que en nuestra serie todos los casos fueron cáncer gástrico avanzados, creemos que los síntomas iniciales, cuando la lesión era temprana, ya el paciente no los recordaba propiamente.- Llamamos la atención al hecho que un gran número de los llamados cánceres gástricos precoces son asintomáticos y permanecen in situ, por período prolongado a veces mayor a 1 año para luego en su evolución natural presentarse posteriormente como lesiones avanzadas que es cuando en realidad estamos haciendo el diagnóstico clínico-radiológico endoscópico.- Hay autores que consideran que la lesión neoplásica en estadio precoz puede permanecer como tal por espacio de 7 — 10 años, reportados en la literatura mundial.

Nuestro propósito actual es: llamar la atención al Médico para pensar más en cáncer gástrico,, pues no es una patología rara en nuestro medio, y no descartar la posibilidad de que estemos en presencia de una lesión "precoz" cuya sintomato-

logía esté presente y los estudios radiológicos comunes no la logren detectar aún.



- Mostrar que esta afección compromete en igual proporción al sexo masculino 53o/o y femenino 47o/o.
- La edad de apareamiento es amplia, debiéndose considerar 50 — 70 años como las edades de más alta incidencia,
- Distribución geográfica sujeta a un estudio posterior a nivel nacional ya que como se trabajó con un Hospital del Distrito Central el mayor número de casos fueron encontrados en el área de influencia del Hospital.
- La sobrevivencia de los pacientes se desconoce dado que los mismos son intervenidos y una vez que obtienen su salida del Hospital no hay un plan de seguimiento de los casos. Consideramos dado lo avanzado de su lesión, cuando llegan al Hospital su pronóstico es en general malo.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Clinics in gastroenterology  
Sept. 1976. Cáncer of the G. L Tract.
- 2.- Umeda — Yoshitoshi  
Diagnosis by gastrofotografy saunders,
- 3.- Berry Leónidas H.  
Gastrointestinal Po endoscopy  
Charles C. Thomas.