

Cáncer en el estómago operado: comunicación de 30 casos**Cancer in the operated stomach: Study of 30 cases**

Dr. Rafael Pila Pérez,^I Dr. Rafael Pila Peláez,^{II} Dr. Boris Suárez Sori,^{III} Dr. Aquiles Rodríguez López^{IV}

- I. Especialista de II grado en Medicina Interna. Profesor Titular del ISCM de Camagüey. Hospital Clínico Quirúrgico Docente "Manuel Ascunce Domenech". Camaguey, Cuba.
- II. Especialista de II grado de Medicina Interna. Profesor Instructor del ISCM de Camagüey.
- III. Especialista de I grado en Anatomía Patológica. Profesor Auxiliar del ISCM de Camagüey.
- IV. Especialista de II grado en Medicina Interna. Profesor Auxiliar del ISCM de Camagüey.

RESUMEN

Se realizó un estudio retrospectivo de 30 casos con un cáncer de estómago operado entre los años 1990 – 2000 en los hospitales “Manuel Ascunce Domenech”, “Amalia Simoni” y “Madame Curie” de la ciudad de Camagüey, se pudo constatar que esta enfermedad es más común en el sexo masculino y en la séptima década de la vida. Se presentó más frecuentemente en estómagos sometidos a una gastrectomía tipo Billroth II presenta en un intervalo libre variable y en pacientes de 10 a 31 años. El diagnóstico, por desgracia es tardío, se fundamenta sobre todo en esófago, estómago y duodeno, endoscopia con biopsia o citología; histopatológicamente son los tumores epiteliales los de mayor frecuencia.

DeCS: NEOPLASMAS GÁSTRICOS/cirugía.

ABSTRACT

A retrospective was professional in 30 cases with a cancer of operated stomach among the years 1990-2000 at “Manuel Ascunce Domenech”, “Amalia Simoni” and “Madame Curie” Hospital in Camagüey city. It was possible to prove that this disease is more common in the masculine sex and the seventh decade of life. It was more frequently in stomachs subjected to gastrectomy, type Billroth II in a variable free period and in patients aged 10 to 31 years. The diagnosis, unfortunately, is delayed and is based mainly on EED, endoscopy with biopsy, cytology on both histopathologically epithelial tumors, are those of higher frequency.

DeCS: STOMACH NEOPLASMS/surgery.

INTRODUCCIÓN

El concepto de neoplasia de “muñón gástrico” no aparece en la literatura médica como tal hasta el inicio de la década de los 50; hoy en día se considera el término de “cáncer de estómago operado” (CEO), aquel que se presenta sobre un estómago sometido previamente a una intervención quirúrgica, reseccionista o no, por enfermedad benigna, y que aparece tras un período de tiempo que llamamos intervalo libre de un mínimo de cinco años,¹ ya en 1922 *Balfour* había llamado la atención sobre su existencia.²

Cada día son más los estudios efectuados sobre esta entidad por lo que estamos asistiendo a un aumento considerable y progresivo de este tipo de neoplasia³ y que pudiera estar en relación con el gran número de resecciones efectuadas en la década de los 50 y 60 para tratar la enfermedad ulcerosa; además de la elevada esperanza de vida que tiene la población general hoy en día, permite un lapso de tiempo suficiente para que el cáncer aparezca. Se acepta además, que no sólo la gastrectomía favorece la aparición de neoplasia, sino que la vagotomía y la piloroplastia también pueden hacerlo, por lo que el término de “neoplasia del muñón gástrico” se hace equivalente al de “estómago operado”.^{3, 4} Los mecanismos etiopatogénicos del CEO no están bien aclarados; sin embargo se considera como factor fundamental el reflujo biliopancreático a través de la neoboca o de la piloroplastia.⁴

El diagnóstico suele ser tardío, debido a la inespecificidad de la clínica y a la falta de control que suele existir en todos aquellos pacientes operados gástricos por enfermedades benignas a partir de los cinco años y que son candidatos a sufrir de CEO.⁵

Para analizar las características de esta entidad hemos efectuado una revisión de los CEO en los últimos diez años, basándonos en la experiencia de 30 pacientes con esta patología, poco estudiada en nuestro medio.

MÉTODO

Se realizó un estudio retrospectivo de 30 pacientes diagnosticados y tratados de un CEO entre los años 1990 – 2000, ambos inclusive. El diagnóstico se fundamentó en el estudio histopatológico de los pacientes fallecidos por esta entidad y que no fueron sometidos a intervención quirúrgica por el estado avanzado del proceso, por complicaciones de esta afección o por otras enfermedades concomitantes y que sumaron en total 24 enfermos; seis fueron intervenidos quirúrgicamente y habían sido operados previamente.

Los datos se recogieron sobre una ficha específica que se elaboró a tal efecto, estudiaron las siguientes variables: edad, sexo, enfermedades gástricas previas, el tiempo transcurrido entre la intervención gástrica previa y el momento del diagnóstico del CEO, los aspectos

clínicos, pruebas complementarias imagenológicas y endoscópicas las cuales ofrecieron imágenes compatibles con este proceso. Solo se realizó en 12 pacientes. Igualmente se efectuó estudio histopatológico, localización del CEO y las formas macroscópicas fueron encontradas en todos los enfermos.

RESULTADOS

La edad media de estos enfermos fue de 64,25 años con límites entre 48 y 79 años, fue mucho mayor en el sexo masculino con 21 enfermos (70 %) y nueve en el sexo femenino (30 %). La mayor incidencia se situó en la séptima década de la vida en 20 enfermos (66,6 %); hubo un predominio del sexo masculino sobre el femenino en proporción de 2,3: 1.

La afección gástrica previa más frecuente fue la úlcera gastroduodenal en 22 (73,3 %), seguido del ulcus gástrico en cinco (16,7 %) y tan solo tres casos de gastritis aguda hemorrágica (10 %).

En las operaciones gástricas previas practicadas hay un amplio predominio de las técnicas reseccionistas (18 tipo Billroth II y cuatro tipo Billroth I) sobre los no reseccionistas (cuatro vagotomías con piloroplastia, dos gastroenteroanastomosis y dos suturas simples de ulcus perforado).

El tiempo transcurrido entre la intervención previa y el momento del diagnóstico del CEO o intervalo libre fue muy variable de unos casos a otros, con unos límites entre los 10 y 31 años, con una media de 20,40 años, observando como el intervalo libre es menor cuando la intervención previa no crea una neoboca.

No se encontraron datos clínicos específicos, y las manifestaciones más frecuentes fueron la astenia y anorexia (83,3 %), el dolor epigástrico (66,7 %), adelgazamiento (60,0 %), náuseas y vómitos (46,7 %), sangramientos digestivos (26,6 %). (tabla1)

Tabla 1. Síntomas en los CEO estudiados

Síntomas	No. de casos	%
Astenia y anorexia	25	83,3
Dolor epigástrico	20	66,7
Adelgazamiento	18	60,0
Náuseas y vómitos	14	46,7
Sangramiento digestivo	8	26,6
Otros	9	30,0

Fuente: Expedientes clínicos

La exploración clínica arrojó que la enfermedad se encontraba ya muy avanzada y complicada, los síntomas más frecuentes fueron dolor palpatorio en epigastrio en 15 (50 %), 14 con mal estado general y anemia (46,7 %), hepatomegalia en 9 (30 %), tumor palpable en 16 (20,4 %) y ascitis en 4 (13,3 %) (tabla 2).

Tabla 2. Signos en la exploración física

Signos	No. de casos	%
Dolor palpatorio en epigastrio	15	50,0
Afectación del estado general	14	46,7
Anemia	14	46,7
Hepatomegalia	9	30,0
Tumor palpable	6	20,0
Maniobra de Tarrall	4	13,3
Otros	8	26,6

Fuente: Expedientes clínicos

No encontramos datos específicos en el laboratorio, sino que son comunes a otros procesos neoplásicos digestivos (anemia ferropénica, elevación de la velocidad de sedimentación), pero si reportamos que 15 pacientes (50 %) tenían grupo sanguíneo A, lo que es propio de esta enfermedad y se le practicó al 100 % de los casos de la serie, por la anemia o porque fueron intervenidos quirúrgicamente.

Como pruebas complementarias se realizaron las siguientes: radiografía de esófago – estómago y duodeno (EE y D), endoscopia, biopsia y ecografía abdominal.

La radiografía de EED se practicó en 26 oportunidades (86,7 %) fueron las imágenes reportadas con mayor frecuencia: infiltración de la anastomosis en 12 personas (46,2 %), imagen de ulcus gástrico en seis (23,1 %), irregularidad de curvaturas gástricas en tres (11,5 %), mientras que el edema de anastomosis, que fue normal en dos pacientes (tabla 3).

Tabla 3. Estudio de EED en pacientes con CEO. (N = 26)

Imágenes	No. de casos	%
Infiltración anastomótica	12	46,2
Ulcus gástrico	6	23,1
Irregularidad de curvatura gástrica	3	11,5
Edema de anastomosis	3	11,5
Normal	2	7,7

Fuente: Expedientes clínicos

Las imágenes endoscópicas encontradas en los pacientes con CEO y que fueron reportadas en 28 pacientes (93,3 %) encontrando como imagen endoscópica: tumoración infiltrante, vegetante o ambas (53,6 %), ulcus de aspecto tumoral (21,4 %), tumor ulcerado (14,2 %), aspecto inflamatorio crónico y edema en 7,2 % y 3,6 % respectivamente. (tabla 4)

Tabla 4. Estudio endoscópico en pacientes con CEO (N = 28)

Imágenes	No de casos	%
Tumoración infiltrante / vegetante	15	53,6
Ulcus de aspecto neoplásico	6	21,4
Tumoración ulcerada	4	14,2
Aspecto inflamatorio crónico	2	7,2
Edema	1	3,6

Fuente: Expedientes clínicos

La biopsia endoscópica se realizó en 12 enfermos (40 %) con una positividad del (91,8 %).

La ecografía abdominal se practicó en los 30 enfermos, fue normal en 19 y en el resto apareció imágenes de ascitis, afectación hepática difusa, metástasis hepática y adenopatías en varias localizaciones.

Desde el punto de vista anatomopatológico a la totalidad de los pacientes se les realizó biopsia por endoscopia antes de la intervención o en la intervención, los pacientes fallecidos, fueron estudiados por necropsia, todos presentaron un tumor maligno epitelial. La zona más afectada por el CEO fue la anastomosis en 15 casos (50 %), seguida del cuerpo gástrico en ocho (26,7 %), región antral en tres (10 %), en dos oportunidades se encontró en todo el estómago (6,6 %) y en dos ocasiones en cuerpo gástrico y cardias (6,6 %) (tabla 5).

Tabla 5. Localización del CEO

Localización	No. de casos	%
Anastomosis	15	50,0
Cuerpo gástrico	8	26,7
Antro	3	10,0
Todo el estómago	2	6,6
Cuerpo gástrico y cardias	2	6,6

Fuente: Anatomía Patológica

Macroscópicamente existió un predominio de las formas vegetantes en 19 pacientes (63,4 %), seguido de las infiltrantes en seis (20 %), ulceradas tres (10 %), mientras que el cáncer “in situ” y linitis plástica se reportaron en un paciente respectivamente (3,3 %) (tabla 6).

Tabla 6. Formas macroscópicas en los casos de CEO

Formas	No. de casos	%
Vegetantes	19	63,4
Infiltrantes	6	20,0
Ulcerados	3	10,0
Cáncer “in situ”	1	3,3
Litiasis plástica	1	3.3

Fuente: Anatomía Patológica

Microscópicamente todos los pacientes estudiados presentaron tumores malignos epiteliales y los sitios de metástasis de mayor frecuencia fueron las cadenas ganglionares, hígado, páncreas, colon transverso y mesocolon, observándose metástasis pulmonares en cinco oportunidades.

DISCUSIÓN

El CEO, al igual que el cáncer gástrico en general, se presenta con la misma frecuencia entre los varones y en la séptima década de la vida, como hemos observado en esta serie, lo que coincide con otros autores.⁶

El riesgo de CEO se incrementa en aquellos estómagos sometidos previamente a una gastrectomía parcial con una reconstrucción del tramo digestivo según técnica de Billroth II, de ahí que esta técnica en la actualidad no debe aconsejarse en las intervenciones gástricas por enfermedades benignas; la variedad de enfermedad gástrica más frecuente que necesitó la intervención quirúrgica fue la úlcera duodenal, hechos todos iguales a los reportado en otros trabajos.⁷ Hemos encontrado tres casos de gastritis aguda hemorrágica, lo cual es infrecuente en esta entidad.⁸

El intervalo libre en el CEO es muy variable, teniendo en cuenta en esta serie oscilaciones entre 10 y 31 años. Las cifras reportadas con más frecuencia han sido entre los seis y 10 años y entre los 25 y 35 años, no coinciden con otros autores que señalan como intervalo libre el comprendido entre los 10 y 25 años,⁹ todos los enfermos tenían el requisito fundamental de tener un intervalo libre superior a cinco años.

Se ofrece gran interés en el desarrollo de CEO al mayor reflujo biliopancreático existente en ese estómago y a su constancia, y de hecho apreciamos como su origen es más usual entre aquellos enfermos en los que se realizó una gastrectomía tipo Billroth II, lo cual coincide con otros trabajos.¹⁰

La mayoría de los investigadores refieren, en cuanto a la clínica del CEO: “No existe dato clínico propio de esta enfermedad”; todos los síntomas reportados pueden corresponder a otros procesos gástricos o síndrome postgastrectomía. Es necesario recordar que todo enfermo operado gástrico por enfermedad benigna y que después de un período de tiempo de estar sintomático presenta síntomas gástricos, nos deberá hacer pensar que estamos ante un posible CEO. Entre nuestros enfermos, la clínica encontrada con mayor positividad fueron, astenia y anorexia, anemia, dolor gástrico, adelgazamiento, así como náuseas y vómitos, todos estos síntomas similares con otros trabajos revisados.^{11, 12} El CEO al principio no ofrece ningún signo a la exploración física y cuando se presenta, el proceso suele hallarse en un período avanzado; entre estos encontramos: dolor palpatorio en epigastrio, afectación marcada del estado general, anemia, hepatomegalia, tumor palpable y ascitis, similares a otras investigaciones.^{12, 13}

Ante un paciente con sospecha de un CEO debemos realizar una serie de estudios para confirmar o descartar este proceso, fundamentalmente contamos con el EED, endoscopia, biopsia, citología.

El EED estudio indicado a todo paciente con molestias epigástricas se realizó a 26 enfermos y ofreció una positividad en el CEO de 92,3 % cifra similar a otras series.¹³ La endoscopia es el examen por excelencia en esta enfermedad, se efectuó en 28 enfermos y fue positiva en todos los pacientes. Junto a la biopsia se efectuó citología que confirmó el diagnóstico correcto en todos los pacientes a los que se les practicó, lo que coincide con otros autores.¹⁴

Hay autores que no consideran como CEO al tumor que asentaba sobre la anastomosis,¹⁵ mientras la mayoría lo aceptan^{8, 13}, fue además la localización más frecuente en este estudio.

La localización del tumor tiene gran importancia, ya que cuando afecta a todo el estómago o a la porción proximal del mismo, además de necesitar una cirugía más amplia tiene una menor supervivencia, por ello ningún enfermo supera los dos años.

Cuando se localiza en el cuerpo gástrico y porciones distales, tiene una mayor supervivencia, todos estos datos son iguales a los señalados por otros autores.¹⁶

Macroscópicamente hemos encontrado un predominio de las formas vegetantes, seguida de las infiltrantes como lo han señalado otros trabajos.^{3, 6, 9, 10}

De los tumores malignos que pueden presentarse en el estómago, epiteliales o no, en esta serie al igual que en otras,¹⁷ hay un predominio total de los epiteliales.

En este trabajo hemos comprobado que la mayoría de los enfermos estaban en estadio avanzado del proceso y fue confirmado ya que solo seis pudieron ser sometidos nuevamente a tratamiento quirúrgico y el resto falleció por complicaciones, metástasis frecuentemente regionales, hígado, colon transverso y su mesocolon, páncreas y pulmón, así como otras enfermedades concomitantes propias de la edad avanzada.

CONCLUSIONES

- 1- Hubo un predominio del sexo masculino sobre el femenino con una relación de 2,3 : 1, y en la séptima década de la vida.
- 2- La afección gástrica previa operada fue la úlcera gastroduodenal (73,3 %) seguido del ulcus gástrico (16,7 %).
- 3- En las operaciones gástricas previas practicadas hubo un amplio predominio de las técnicas reseccionistas y entre ellos el tipo Billroth II (60,0 %), aunque también se reportan otros de tipo no reseccionista.
- 4- El intervalo libre fue variable, con unos límites entre 10 y 31 años, pero todos nuestros casos tenían más de cinco años.
- 5- Las manifestaciones más frecuentes fueron astenia, anorexia, dolor epigástrico y adelgazamiento, mientras que la exploración clínica reportó como más importantes el dolor palpatorio en epigastrio, mal estado general y anemia.
- 6- La radiografía de EED se practicó en 26 oportunidades (86,7 %), las imágenes reportadas con mayor frecuencia fueron la infiltración de la anastomosis y la imagen ulcus gástrico, mientras la endoscopia se llevó a cabo en 28 pacientes (93,3 %). La imagen de mayor importancia fue la tumoración infiltrante o vegetante, seguida del ulcus de aspecto tumoral y tumor ulcerado.
- 7- La ecografía aportó datos orientadores, pero en ningún caso fue positiva de esta entidad.
- 8- Todos los tumores eran de estirpe epitelial.
- 9- Las zonas más afectadas fueron la anastomosis y el cuerpo gástrico.
- 10- Predominaron las formas vegetantes seguido de las infiltrantes.
- 11- Las metástasis más frecuentes fueron a las cadenas ganglionares, hígado páncreas, colon transverso y pulmón.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lirici M, Cavedox G, Eleuteri E, Brancato T, Coppola M, Ragusa M. Carcinoma of the gastric stump: incidence and relative risk after stomach surgery. J Exp Clin Cancer 1999;18: 269 – 279.

2. Balfour D. Factors influencing the life expectancy of patients operated on for gastric ulcer. *Ann Surg* 1922; 76: 405 – 8.
3. Cassel P, Robinson O. Cancer of the stomach: a review of 854 patients. *Br J Surg* 1997; 84: 1603 – 8.
4. Aste H, Molinari F, Raiferi G. Il Carcinoma del moncone gastrico dopo resezione per ulcer gastrica o duodenale benigna. *Tumori* 1997; 87: 1 – 6.
5. Oberhofer B, Georgijeric A. Cancer of the gastric stump following resection of the stomach for peptic ulcer of the gastroduodenal. *Lijec Vjesn* 1999; 111: 21 – 7.
6. Moreaux J, Montupet P. Cancere de L'estomac. Resécabilité et survie de 408 malades opérés. *Nov Presse Med* 2001; 58: 3133 – 8.
7. Tenjesen T, Erichsen H. Carcinoma of the gastric stump after operation for benign gastroduodenal ulcer. *Acta Chir Scan* 1997; 81: 142 – 56.
8. Del Val J, García Gil F, Lamata Hernández F, Gallego Castaño I, Calvo Sancho J, González González M. Cáncer en el estómago operado: 46 casos. Aspectos etiopatogénicos, diagnósticos y anatomopatológicos. *Rev Esp Enf Ap Digest* 1989; 76: 431 – 6.
9. Bucholts T, Welch C, Malt R. Clinical correlates of resectability and survival in gastric carcinoma. *Ann Surg* 1998; 208: 1711 – 6.
10. Kobayachi G, Prolla J, Kirsner J. Late gastric carcinoma developing after surgery for benign conditions. *Dig Dis* 1998; 40: 905 – 15.
11. Hebrero J, Arevalo Manrique A, García Portero F. Cáncer del muñón gástrico. *Gastrum* 1997; 12: 41 – 50.
12. Morel P, Egeli R, Rohwer A. Les cancers du moignon gastrique. *Hel Chir Acta* 1999; 66: 1363 – 7.
13. Kienzle H. The carcinoma of the gastric stump clinical experiences and observations in 15 years. *Med Klin* 1997; 92: 399 – 406.
14. Japanese Research Society for Gastric Cancer: The general rules for the gastric cancer study in surgery. *Jpn J Surg* 1997; 27: 161 – 71.
15. Saegesser F, Ryncki P. Malignant tumours of the stomach previously operated on for a benign or malignant affection. *Chir Gastroent* 1998; 32: 1111 – 41.

16. Domellöf L, Janunger K. The risk for gastric carcinoma after partial gastrectomy. Am J Surg 1997; 154: 1581 – 4.
17. Hironobo S, Koichiro S. Estudio masivo del cáncer gástrico. Diagnóstico y tratamiento de las enfermedades del tubo digestivo alto. JICA 2001; 21: 235 – 42.

Recibido: 5 de febrero de 2002

Aprobado: 21 de abril de 2003

Dr. Rafael Pila Pérez. Especialista de II grado en Medicina Interna. Profesor Titular del ISCM de Camagüey. Hospital Clínico Quirúrgico Docente "Manuel Ascunce Domenech". Camaguey, Cuba.