

Caracterización del cáncer gástrico en pacientes del municipio Caimito

Characterization of gastric cancer in patients from the municipality of Caimito

MSc. Sonia Pérez Rodríguez, MSc. Raysa Rodríguez Rubinos, MSc. Ayllin González Hernández, Lic. Maylén Álvarez Delgado

Centro Nacional de Toxicología. La Habana. Cuba.

RESUMEN

Objetivo: caracterizar a los pacientes con cáncer gástrico y precisar su evolución con el tratamiento indicado.

Métodos: se realizó un estudio observacional, descriptivo de 50 pacientes con diagnóstico de cáncer gástrico en el municipio Caimito durante 15 años. Las variables estudiadas fueron: edad, sexo, antecedentes patológicos personales de enfermedad gástrica, antecedentes familiares, laborales, nutricionales y de exposición a tóxicos y evolución según tratamiento indicado.

Resultados: el mayor número de pacientes diagnosticados y fallecidos corresponden a los consejos populares Caimito y Costa Norte. Hubo 32 pacientes del sexo masculino y 18 del femenino. Se mantuvieron vivos al final del estudio cinco de los 20 pacientes que recibieron tratamiento quirúrgico, dos de los nueve tratados con cirugía más poliquimioterapia y uno de los tres tratados con radioterapia más cirugía. El 46 % de los pacientes tuvo antecedentes de gastritis, el 22 % de úlcera y el 60 % historia familiar de tumores digestivos o no.

Conclusiones: los pacientes afectados fueron fundamentalmente los ancianos del sexo masculino, con antecedentes personales de enfermedad gástrica, exposición a tóxicos y antecedentes familiares de enfermedad tumoral digestiva o extradigestiva. Tuvieron mejor pronóstico los que recibieron tratamiento quirúrgico solo o combinado.

Palabras clave: cáncer de estómago, cáncer gástrico, neoplasia de estómago.

ABSTRACT

Objective: characterize patients with gastric cancer and describe their evolution with the treatment indicated.

Methods: an observational descriptive study was conducted of 50 patients from the municipality of Caimito diagnosed with gastric cancer throughout 15 years. The variables studied were age; gender; personal history of gastric disease; family, occupational and nutritional history; antecedents of exposure to toxic substances, and evolution with the treatment indicated.

Results: the largest number of patients diagnosed and deceased corresponds to the People's Councils of Caimito and Costa Norte. 32 patients were male and 18 female. The patients who remained alive at the end of the study period were five of the twenty who underwent surgical treatment, two of the nine who were treated with surgery plus polychemotherapy, and one of the three treated with radiotherapy plus surgery. 46 % of the patients had a history of gastritis, 22 % of ulcer and 60% had family antecedents of tumors, either digestive or not.

Conclusions: the patients affected were mainly male and elderly, with a history of gastric disease and exposure to toxic substances, and family antecedents of digestive or extradigestive tumoral disease. Patients who received surgical treatment, either alone or combined, had a better prognosis.

Key words: stomach cancer, gastric cancer, stomach neoplasia.

INTRODUCCIÓN

Un nuevo cuadro epidemiológico domina la situación sanitaria de muchas naciones, las cuales están siendo afectadas hace varios años por enfermedades no transmisibles como el cáncer, entre otras.¹ Múltiples investigaciones epidemiológicas han denunciado el origen multicausal de las enfermedades malignas, en las que los mecanismos patogénicos son, muchas veces, difíciles e inciertos.^{2,3} Numerosos factores predisponentes están involucrados con el origen del cáncer gástrico^{4,5} y hace que su incidencia varíe en las estadísticas de diferentes países.⁶

La tasa anual de incidencia del cáncer gástrico en Cuba ha sido estimada en 8,2 por 100 000 habitantes y la de mortalidad por esta causa en 6,7 por 100 000 habitantes para ambos sexos, que se considera baja en comparación con la de otros países.^{2,7} En el municipio Caimito, de la provincia Artemisa, se ha calculado una tasa de incidencia preliminar alta, de hasta 14,6 por 100 000 habitantes y una tasa de letalidad de 66,7 por cada 100 de estos enfermos (Pérez Rodríguez S. Factores de riesgo asociado a cáncer gástrico en Caimito. Tesis para optar por el grado de Máster en Toxicología Clínica. Centro Nacional de Toxicología. La Habana, 2005).

Este trabajo se propuso caracterizar a los pacientes con cáncer gástrico y precisar su evolución con el tratamiento indicado.

MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional descriptivo y retrospectivo de una serie de 50 pacientes con diagnóstico de cáncer gástrico primario en el municipio Caimito (en la actual provincia Artemisa) de 1995 al 2009.

De estos pacientes fueron analizadas las variables: diagnóstico de cáncer gástrico primario, fecha de diagnóstico, fecha de defunción, evolución después de realizado el diagnóstico, tipo de tratamiento impuesto, distribución por grupos de edades, por sexos, antecedentes patológicos personales de enfermedad gástrica, antecedentes familiares, nutricionales y de exposición a tóxicos.

Los resultados se exponen mediante los valores absolutos con sus porcentajes.

RESULTADOS

De los 50 pacientes con diagnóstico de cáncer gástrico primario, en los 15 años de estudio han fallecido 42; el mayor número corresponde a los consejos populares Caimito y Costa Norte (12 cada uno), lo que significa una tasa de letalidad alta, de 84 % para los años de investigación. La mayor incidencia fue del 1998 al 2003, con algo más de la mitad del total de pacientes diagnosticados (tabla 1).

Tabla 1. Distribución de los pacientes por trienio de estudio según fecha de diagnóstico y de defunción

Trienio	Pacientes diagnosticados	%	Pacientes fallecidos	%
95-97	7	14	4	9,5
98-00	13	26	8	19,0
01-03	14	28	12	28,6
04-06	9	18	12	28,6
07-09	7	14	6	14,3
Total	50	100	42	100

Según el sexo, 32 pacientes eran masculinos y 18 femeninas (tabla 2). La razón hombre:mujer fue 1,7:1.

Tabla 2. Distribución de pacientes con cáncer de estómago según edad y sexo

Sexo	Edad				Total
	Hasta 39 años	De 40 a 59	De 60 a 79	80 o más	
Femenino	1	4	6	7	18
Masculino	0	11	15	6	32
Total	1	15	21	13	50

Según la edad, entre los pacientes estudiados, predominaron los ancianos (tabla 2). Del total de enfermos, 34 tenían más de 60 años (68 %).

El hábito de fumar estuvo muy arraigado en esta población de enfermos, sobre todo en los consejos Vereda y Costa Norte; esta última aporta una elevada frecuencia de casos de alcoholismo (tabla 3). Entre los fumadores, 24 pacientes eran alcohólicos, y de ellos 15 clasificaron en la categoría de consumo dañino, 8 consumo social y 1 dependencia complicada. Se detectaron 33 pacientes que consumían alimentos de riesgo, sobre todo en el consejo popular Vereda, donde hay varias fábricas artesanales de cárnicos ahumados.

Tabla 3. Distribución de pacientes por consejo popular según antecedentes de exposición a sustancias tóxicas

Consejo popular de residencia	Total de pacientes diagnosticados	Hábitos tóxicos			
		Tabaquismo	Tabaquismo más alcoholismo	Tóxico laboral	Alimentos de riesgo
Centro Urbano	17	2	7	1	6
Pueblo Nuevo	5	5	3	0	8
Vereda	7	11	2	0	11
Ceiba del Agua	9	8	3	0	3
Costa Norte	12	15	9	0	5
Total	50	41	24	1	33

En relación con el tipo de tratamiento impuesto y de supervivencia después del diagnóstico (tabla 4), se aprecia la menor supervivencia en los que no recibieron ningún tratamiento y los que recibieron tratamiento sintomático, lo que muestra una tasa de letalidad del 94 %, con 16 fallecidos en los primeros 12 meses, del total de 17 incluidos en este grupo y una mortalidad del 100 % de los casos. El tratamiento medicamentoso se basó en analgésicos y antiácidos, usados con fines paliativos y el uso de cimetidina.

Tabla 4. Distribución de los pacientes según la evolución después de realizado el diagnóstico y tipo de tratamiento impuesto

Tipo de tratamiento	Tiempo de supervivencia			
	Menos de 12 meses	De 13 a 24 meses	Más de 25 meses	Vivos
Médico	16	1	0	0
Quirúrgico	2	4	9	5
Quirúrgico más poliquimioterapia	2	3	2	2
Quirúrgico más radioterapia	0	1	1	1
Ninguno	1	0	0	0

El mejor pronóstico se reservó para los pacientes que recibieron tratamiento específico antitumoral de cirugía, cirugía más poliquimioterapia o cirugía más radioterapia con un total de 32 pacientes, de ellos 12 con una supervivencia de más de 25 meses, y 8 que aún viven.

Al analizar la distribución de los pacientes, según los antecedentes patológicos personales de enfermedad gástrica (tabla 5), se encontró que 42 de los 50 enfermos tenían historia de padecimientos de estómago antes de que se les diagnosticara el cáncer (84 %), 8 no tenían enfermedad gástrica anterior aparentemente.

Tabla 5. Distribución de los pacientes según antecedentes patológicos personales de enfermedad gástrica

APP	No.	%
Gastritis	23	46
Úlcera	11	22
Pólipo	1	2
Otras	7	14
Ninguna	8	16
Total	50	100

De los 11 pacientes con antecedentes de úlcera péptica, cuatro habían sido operados en los últimos 8 años de úlcera complicada. Todos llevaron tratamiento por tiempo prolongado con medicamentos antiulcerosos.

La mayoría de los enfermos (30 pacientes) tuvieron historia de familiares cercanos con padecimiento de cáncer, para un 60 %; de ellos 19 tenían el tumor localizado en vías digestivas (38 %) y 11 lo tenían en otras localizaciones (22 %). En 20 pacientes no se constató antecedentes de neoplasia entre sus familiares. Se encontró cuatro pacientes pertenecientes a dos familias en las cuales varios miembros han fallecido de cáncer de estómago.

DISCUSIÓN

En un estudio analítico de casos y controles realizado en el municipio, en el 2005 se detectó que la mayor tasa de incidencia correspondió a los años 2001 a 2003 (Pérez Rodríguez S. Factores de riesgo asociado a cáncer gástrico en Caimito. Tesis para optar por el grado de Máster en Toxicología Clínica. Centro Nacional de Toxicología. La Habana. 2005), lo cual puede estar relacionado con el mejoramiento de la asistencia médica y de los medios diagnósticos en la región, con la apertura del Servicio de Gastroenterología de Artemisa, que da cobertura a Caimito.

Se describe un predominio de enfermos de cáncer en el sexo masculino, lo cual se asocia a la mayor incidencia de exposición a factores de riesgo en este grupo. En el cáncer gástrico se ha visto una relación hombre:mujer de 2:1, la cual tiende a mantenerse en los países que tienen estadísticas de cáncer.^{8,9}

El cáncer se considera una enfermedad de la tercera edad. Esto se ha vinculado al conocimiento del daño para la salud de los factores de riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles, el progreso contra las infecciones y las nuevas estrategias de tratamiento para las enfermedades coronario-vasculares, que han hecho posible que las personas vivan más años; por lo cual se enuncia que ha iniciado la "nueva era de las enfermedades degenerativas".¹⁰

En Cuba, el cáncer constituye la segunda causa de muerte en la mayoría de los grupos de edad, fundamentalmente en la población mayor de 60 años; más de la mitad de todas las neoplasias malignas ocurren en este grupo, que representa el 12 % de la población cubana.¹¹

El proceso por el que los productos químicos producen cáncer se ha estudiado ampliamente; algunos actúan como iniciadores y otros como promotores de la enfermedad ocasionando cambios irreversibles en el ADN, incremento de su síntesis y estimulación de la expresión de los genes, lo cual se asocia con roturas y translocaciones cromosómicas. Estudios comparados de hombres exfumadores, fumadores pasivos o fumadores activos, con mujeres no fumadoras, han revelado que el tabaquismo activo o pasivo puede jugar un rol importante en el desarrollo de cáncer gástrico situado en *fundus*.^{9,12}

Se ha informado un riesgo incrementado de cáncer de pulmón, linfhemático, boca, esófago, estómago y colon en carniceros y trabajadores de mataderos. En estos casos, la enfermedad pudiera relacionarse con la exposición ocupacional a virus de animales, nitrosaminas, hidrocarburos aromáticos policíclicos y otros productos de combustión.¹³⁻¹⁷

El tratamiento prolongado con cimetidina, un antagonista de los receptores H₂ de las células parietales gástricas, encargadas de la secreción clorhidropéptica, produce hipoclorhidria/aclorhidria, con propensión al crecimiento bacteriano y predisposición a la aparición del cáncer gástrico según modelo teórico,^{18,19} de modo que está paradójicamente involucrado en la patogenia de esta enfermedad.^{18,19}

Aun en el cáncer gástrico avanzado, los pacientes pueden recibir tratamiento antitumoral, con lo cual se logra aumentar la supervivencia y mejorar la calidad de vida de los enfermos.²⁰⁻²³ De cualquier forma, se sabe que el pronóstico del cáncer gástrico es muy desfavorable y que menos del 5 % de los casos operados llegan a una supervivencia de 5 años.²⁴

Dos eventos (antecedentes de úlcera péptica complicada y tratamiento por tiempo prolongado con medicamentos antiulcerosos) han estado implicados en la patogénesis del cáncer gástrico. Se ha demostrado que posterior a la gastrectomía parcial, se produce reflujo enterogástrico, crecimiento bacteriano en el jugo gástrico y aumento en las concentraciones de nitritos y compuestos de N-nitroso, sobre todo en aquellos pacientes en los que se aplica la técnica quirúrgica Billroth II.²⁵

Según estudios publicados, se ha identificado un gen mutante E-Cadherin/CDH 1 en familias con una predisposición hereditaria autosómica dominante al cáncer gástrico de tipo difuso. Se han propuesto criterios para definir el síndrome de cáncer gástrico familiar que incluye análisis histopatológico y genealógico de estas familias con dos o más casos de cáncer gástrico difuso entre personas de primer o segundo grados de consanguinidad, menores de 50 años de edad; o tres o más casos de cualquier edad, y estudio genético. Así también se han propuesto medidas para aumentar la vigilancia, prevención y detección precoz de la enfermedad.²⁶

Se concluye que los pacientes afectados fueron fundamentalmente ancianos del sexo masculino, con antecedentes personales de enfermedad gástrica, exposición a tóxicos y antecedentes familiares de enfermedad tumoral digestiva o extradigestiva. Tuvieron mejor pronóstico los que recibieron tratamiento quirúrgico solo o combinado.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Álvarez Sintés R. Temas de Medicina General Integral. La Habana. Editorial Ciencias Médicas; 2001. p 669-71.
2. Marinello Z. El diagnóstico del cáncer. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 1990. p. 30-43.
3. Álvarez Denis J. Ambiente y enfermedad. La Habana: Ed. Científico-Técnica; 1999. p 7-22.
4. Kurtz RE. Tumor of the stomach. In: Stein Jh. Internal Medicine. 4th ed. Missouri: Mosby; 1994. p. 429-36.
5. Layke JC, López PP. Gastric cancer: diagnosis and treatment options. American Family Physician [Internet] 2004 [cited 2010 Feb 14];69(5):1133-41. Available from: <http://www.aafp.org/afp/2004/0301/p1133.html>
6. Mohar A, Frías-Mendivil M, Suchil-Bernal L, Mora Macías T, de la Garza JG. Epidemiología descriptiva del cáncer en el Instituto Nacional de Cancerología de México. Salud Pública de México [Internet] 1997 [citado 18 Sep 2009];39(4):1-6. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/106/10639402.pdf>
7. Yépez RF, Fuenmayor G, Pino A, Yépez-García E. Enfermedades crónicas no transmisibles relacionadas con la dieta en el Ecuador. Rev Cubana Aliment Nutr. 2006;10(1):28-34.
8. Piñol Jiménez F, Paniagua Estévez M. Cáncer gástrico: factores de riesgo. Rev Cubana Oncol. 1998;14(3):171-9.
9. Audigier JC, Lambert R. Epidemiology of gastric adenocarcinoma. Rev Prat. 1978;28(45):3409-12.
10. Soriano García JR, Galán Álvarez Y, Luaces Álvarez P, Martín García A, Arrebola Suárez JA, Carrillo Franco G. Incidencia en Cuba del cáncer en la tercera edad. Rev Cubana Oncol. 1998;14(2):121-8.
11. Camacho Rodríguez R, Fernández Garrote L, Martín García A, Abascal Ruiz ME, Díaz Cabrera M. El programa nacional de control del cáncer en Cuba. Rev Cubana Med Gen Integr. 1994;10(3):215-9.
12. Mao Y, Hu J, Semenciw R, White K. Active and passive smoking and risk of stomach cancer, by subsite, in Canada. Eur J Cancer Prev. 2002;11(1):27-38.
13. Boffetta P, Gridley G, Gustavsson P, Brennan P, Blair A, Ekstrom AM, et al. Employment as butcher and cancer risk in a record-linkage study from Sweden. Cancer Causes Control. 2000;11(7):627-33.
14. McLean D, Cheng S, Mannetje A, Woolward A, Pearce N. Mortality and cancer incidence in New Zealand meat workers. Occup Environ Med. 2004;61:541-7.
15. Johnson ES. Cancer mortality among workers in the meat department of supermarkets. Occup Environ Med. 1994;51:541-7.

16. Johnson ES, Fischman HR. Cancer mortality among butchers and slaughter house workers. *Lancet*. 1982;33:913-4.
17. Guatavsson P, Fellenius E, Hogstedt C. Possible causes of increased lung cancer incidence among butchers and slaughterhouse workers. *Scand J Work Environ Health*. 1987;13:518-23.
18. Festen HP. Cimetidine and stomach carcinoma. *Ned Tijdschr Geneeskd*. 1981;125(47):1929-31.
19. Magee PN, Mortensen WK. Cimetidine, nitrosation and cancer. *Lancet*. 1981;2(8253):984.
20. Xiao S, Li D, Zhang D. ACNU and methyl-CCNU in combination chemotherapy for advanced gastric cancer: a randomized comparative study. *Zhonghua Zhong Liu Za Zhi*. 1996;18(1):30-1.
21. Douglass HO Jr, Lavin PT, Moertel CG. Nitrosoureas: useful agents for the treatment of advanced gastrointestinal cancer. *Cancer Treat Rep*. 1976;60(69):769-80.
22. Comis RL, Carter SK. A review of chemotherapy in gastric cancer. *Cancer*. 1974;34(5):1576-86.
23. Falkson G, Van Eden EB. A controlled clinical trial of fluorouracil plus imidasole carboxamide dimethyl triazeno plus vincristine plus bis-chloroethyl nitrosourea plus radiotherapy in stomach cancer. *Med Pediatr Oncol*. 1976;2(2):111-7.
24. Kobach JS, Moertel CG, Schutt AJ, Hahn RG, Reitemeier RJ. A controlled study of combined 1,3-bis-(2 chloroethyl)-1-nitrosourea and 5-fluorouracil therapy for advanced gastric and pancreatic cancer. *Cancer*. 1974;33(2):563-67.
25. Barrera Ortega JC, Mederos Curbelo ON, Menchaca Díaz C, Cantero Ronquillo A, Valdez Jiménez J. Resultados quirúrgicos en el cáncer de esófago y cardias. *Rev Cubana Oncol*. 2000;2(16):116-9.
26. Medina-Franco H. Hereditary gastric cancer. Genetic and clinical management. *Rev Gastroenterol Mex*. 2003;68(1):51-4.

Recibido: 22 de marzo de 2012.

Aprobado: 5 de abril de 2012.

Sonia Pérez Rodríguez. Centro Nacional de Toxicología (CENATOX). Calle 114 y Avenida 31, municipio Marianao, La Habana, Cuba. Correo electrónico: soniapr@infomed.sld.cu