

Tumores Malignos y Benignos del Aparato Digestivo. Su Incidencia en la Población Asegurada.

DR. GUIDO JIMÉNEZ*

DR. SAEED MEKBEL A.**

DR. JAIME TELLINI C.*

INTRODUCCION

Durante mucho tiempo ha privado la idea que ciertos tipos de tumores tienen una alta incidencia en nuestro medio, mientras que otros son de frecuencia relativamente menor a lo encontrado en otros países. Bockus nos cita (1) como país de alta incidencia de cáncer gástrico. Recientemente se han publicado algunos trabajos (2, 3, 4, 5) que tratan el problema, enfocados todos ellos en un estudio parcial o regional dentro de la distribución de los tumores en el tracto digestivo.

El objetivo del presente trabajo es hacer el análisis completo de los tumores de todo el aparato digestivo, comprendiendo tanto los de estirpe benigna como los malignos, dentro de una población que si bien conlleva cierto grado de selección por su condición de asegurada, es estadísticamente importante y representativa del conglomerado nacional. El análisis de los datos aquí presentados nos permitirá establecer una incidencia valedera en nuestro país, así como la tasa comparativa con otras áreas del mundo.

MATERIAL Y METODOS:

Se revisaron 100.000 biopsias consecutivas realizadas en el Departamento de Anatomía Patológica del Hospital Central de la Caja Costarricense de Seguro Social, en el período comprendido del 1º de julio de 1955 al 30 de setiembre de 1968, totalizando 13 años, 3 meses de labor. En este número se hallan comprendidos tanto estudios histológicos de material obtenido por punción y procedimientos endoscópicos, como las piezas operatorias en todos los casos que requirieron cirugía.

Se clasifica el material obtenido en dos grandes grupos: a) tumores benignos y b) tumores malignos. Se analiza cada grupo en su distribución regional dentro del tracto digestivo y se revisan su frecuencia por sexos en los diferentes grupos etarios, así como el tipo histológico.

* Sección de Medicina, Hospital Central Seguro Social.

** Departamento de Anatomía Patológica, Hospital Central Seguro Social.

RESULTADOS:

Se encontró un total de 1.119 tumores del aparato digestivo en las 100.000 biopsias estudiadas, lo que da un porcentaje de 1.11%. De ellos, 336 fueron tumores benignos para un porcentaje de 0.33%. El resto, 783 fueron malignos, o sea un 0.78%. En el Cuadro N° 1 se desglosan estos tumores por su sitio de origen.

CUADRO N° 1

SITIO	Benignos	Malignos
Boca	170	86
Glándulas salivares	37	4
Esófago	1	38
Estómago	2	385
Intestino delgado	1	8
Colon	123	99
Hígado	1	89
Vías biliares	—	38
Páncreas	1	22
No determinado	2	22
TOTALES	336	783

En el Cuadro N° 2 se observa la incidencia de los tumores benignos y malignos y se compara con la población asegurada de cada año. Eliminando los años extremos por no ser períodos completos, la tasa promedio anual por cada 100.000 derecho-habientes es de 8.9 para los tumores benignos y de 19.7 para los de índole maligna.

C. C. S. S.
HOSPITAL CENTRAL

SECCION DE MEDICINA
DEPTO. DE PATOLOGIA

CUADRO Nº 2

Año	Población Asegurada	Nº de Biopsias Anuales	Tumores Benignos	Tumores Malignos	Tumores por cada 100.000 derechohabientes	
					Benig.	Malig.
1955	122.103	1.231	3	6	2.5	4.9
1956	133.283	3.269	11	17	8.2	12.7
1957	142.741	4.154	7	26	4.9	18.2
1958	158.327	4.565	11	31	6.9	19.6
1959	178.480	5.348	29	61	16.2	34.2
1960	189.106	5.933	29	35	15.3	18.5
1961	219.083	6.733	26	27	11.9	12.3
1962	262.190	9.186	10	58	3.8	22.1
1963	304.867	6.495	23	76	7.5	24.9
1964	331.363	9.090	29	73	8.7	22.0
1965	444.571	9.800	44	84	9.9	18.9
1966	518.205	11.446	27	82	5.2	15.8
1967	557.533	13.750	51	99	9.1	17.8
1968	583.381*	9.000	36	108	6.2	18.5
TOTAL:		100.000	336	783	8.9	19.7
					Promedio	

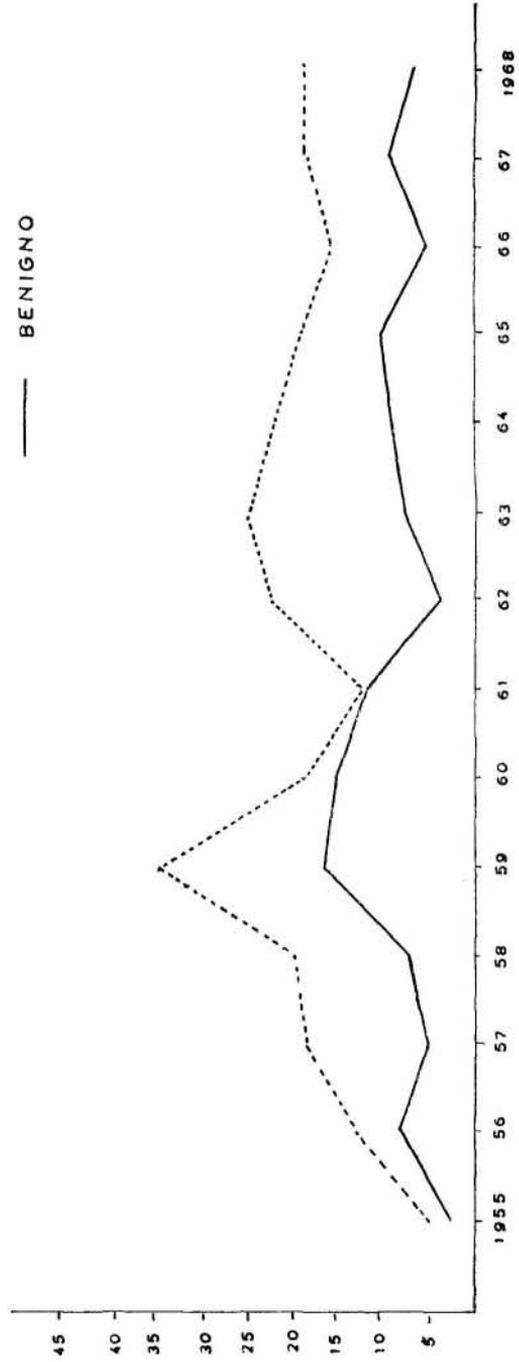
* Estimación 30 setiembre de 1968.

	M A L I G N O S										B E N I G N O S						MAL.	BEN.		
	Boca	Gl.Sal.	Esóf.	Est.	I.Del.	Colon	Híg.	V.Bil.	Pánc.	No Det.	Boca	G.Sal.	Esóf.	Estóm.	I.Del.	Colon			Híg.	Pánc.
1955	1	—	—	4	—	1	—	—	—	—	2	—	—	1	—	—	—	—	6	3
1956	2	—	—	12	—	2	—	—	1	—	7	—	—	—	—	4	—	—	17	11
1957	2	—	1	19	—	2	1	—	—	—	3	—	—	—	2	—	—	—	26	7
1958	2	—	1	18	—	3	5	2	—	—	3	—	—	—	6	—	—	—	31	11
1959	8	—	1	33	—	9	8	—	1	—	17	—	—	—	10	—	—	—	61	29
1960	2	2	3	16	—	4	2	2	2	—	22	—	—	—	7	—	—	—	35	29
1961	5	2	—	9	—	3	5	2	1	—	11	—	—	—	11	—	—	—	27	24
1962	6	—	5	27	1	4	9	2	1	3	6	—	—	—	3	—	—	—	58	10
1963	5	—	7	36	—	14	8	4	—	2	7	—	—	1	11	—	—	—	76	23
1964	9	—	2	29	—	9	11	6	3	4	8	—	—	—	15	—	—	—	73	32
1965	13	—	4	44	2	8	8	4	—	1	24	—	—	—	13	1	—	—	84	43
1966	3	—	3	43	3	17	6	4	1	2	16	—	—	—	10	—	—	—	82	27
1967	9	—	6	46	1	11	11	9	3	3	25	—	—	—	18	—	—	1	99	51
1968	19	—	5	49	1	12	15	3	1	3	19	—	—	—	13	—	—	—	108	36
TOTAL:	86	4	38	385	8	99	89	38	14	22	170	1	2	1	123	1	1	1	783	336

GRAFICA Nº 1
INCIDENCIA DE LOS TUMORES
DEL
APARATO DIGESTIVO

POR CADA 100.000 DERECHO-HABIENTES

----- MALIGNO
—— BENIGNO



En la gráfica N° 1 se observa la fluctuación de ambos tipos de tumores, en el período de estudio.

Es notorio el comportamiento en ambos grupos, que demuestra tendencia a formar una curva ondulante con períodos de mayor frecuencia y remitencias. Llama la atención el pico del año 1959, valedero para ambos grupos de tumores, alcanzando las cifras más altas en el período estudiado. El análisis de este fenómeno permite decir que es el resultado de un aumento de todos los tumores del aparato digestivo y no el de aumento desproporcionado de sólo uno o dos de ellos. (Cuadro N° 3).

ANALISIS REGIONAL:

Boca:

En la boca se detectaron 256 tumores de ambos tipos, 170 de ellos de origen benigno, o sea un 66% y 86 malignos para un 34%. En el análisis total ocupa el primer lugar por frecuencia para los tumores benignos y el cuarto lugar para los tumores malignos.

En el Cuadro N° 4 se anota la incidencia por edad y sexo para los tumores benignos.

CUADRO N° 4

Edad	S E X O		Total
	Masculino	Femenino	
0 - 9	3	8	11
10 - 19	14	11	25
20 - 29	16	18	34
30 - 39	23	15	38
40 - 49	18	10	28
50 - 59	9	8	17
60 - 69	6	6	12
70 - 79	2	3	5
80 y más	—	—	—
TOTAL	91	79	170

No existe un predominio franco para ningún sexo, siendo su diferencia estadísticamente no significativa. Por edades, estos tumores alcanzan la mayor frecuencia de los 20 a los 39 años.

Los tipos histológicos encontrados fueron los siguientes:

1. Papilomas = 52 casos
2. Fibromas = 36 casos
3. Hemangiomas = 34 casos
4. Nevus = 9 casos
5. Otros = 39 casos

La localización de los mismos fue como sigue:

1. Labio = 61 casos
2. Lengua = 35 casos
3. Paladar = 29 casos
4. Piso de la boca = 7 casos
5. Otros sitios = 39 casos

En el Cuadro N° 5 se hace la segregación etaria y sexual para los tumores malignos de la boca. En estos se anota un franco predominio para el sexo masculino con una relación 3.3:1 y una mayor incidencia para las décadas 6ª y 7ª de la vida.

CUADRO N° 5

Edad	S E X O		Total
	Masculino	Femenino	
20 - 29	1	—	1
30 - 39	5	2	7
40 - 49	17	1	18
50 - 59	13	8	21
60 - 69	22	4	26
70 - 79	8	5	13
80 y más	—	—	—
TOTAL	66	20	86

Histológicamente la frecuencia se distribuye en la siguiente manera:

1. Carcinoma epidermoide = 55 casos
2. Carcinoma basocelular = 26 casos
3. Adenocarcinomas, linfomas, adamantinoma,
melanoma, mucoepitelioma = 1 caso
de cada uno

En el Cuadro N° 5—A se muestra la localización de los tumores malignos en la boca. Es franco el predominio de los labios en esta distribución.

CUADRO N° 5—A

LABIOS	51
LENGUA	9
ENCIA	6
PISO	5
AMIGDALAS	5
OTROS	10

En el Cuadro N° 5—B se hace un análisis de este grupo predominante.

CUADRO N° 5—B

	Labio Sup.	Labio Inf.	No Esp.	Total
CA. EPIDERMOIDE	3	18	3	24
CA. BASOCELULAR	22	5	—	27
TOTAL	25	23	3	51

Aquí observamos que si bien la relación entre labio superior e inferior es idéntica, así como lo es para cada tipo de carcinoma, en el labio superior hay un marcado aumento de los carcinomas basocelulares. Igualmente notable es la mayor incidencia de carcinomas epidermoides en el labio inferior.

El análisis del tipo histológico con relación al sexo, se observa en el Cuadro N° 5—C.

CUADRO N° 5—C

	Hombres	Mujeres	Total
CARCINOMA EPIDERMOIDE	23	1	24
CARCINOMA BASOCELULAR	14	13	27
TOTAL	37	14	51

Se nota un predominio de 2.6:1 a favor de los hombres y una distribución casi exclusiva de los carcinomas epidermoides en el sexo masculino.

Glándulas salivares:

En las glándulas salivares se encontraron 41 tumores; de ellos, 37 fueron benignos y 4 malignos. Con estas cifras, ocupa el tercer lugar entre los tumores benignos digestivos y el décimo entre el grupo de malignos. Por ser tan pequeña la cantidad de las neoplasias malignas de las glándulas salivares, se han incorporado dentro del mismo cuadro de distribución por sexo y edad, con los tumores benignos (Cuadro N° 6).

CUADRO N° 6

Edad	Hombres	Mujeres	Parótida	Submaxilar	Total
10 - 19	2	1	2	1	3
20 - 29	0	6	3	3	6
30 - 39	2	11	10	3	13
40 - 49	2	3	4	1	5
50 - 59	3	3	6	—	6
60 - 69	3	1	3	1	4
70 - 79	1	3	2	2	4
80 y más	—	—	—	—	—
TOTAL	13	28	30	11	41

En este mismo cuadro, se ve la distribución en cada una de las glándulas

Es notoria la ausencia de tumoraciones en la glándula sublingual, así como la mayor incidencia en el sexo femenino (2.1:1) y la edad de 30 a 39 años para el mismo sexo.

Referente al tipo histológico, los hallazgos fueron los siguientes:

A. TUMORES BENIGNOS:

1. Tumor mixto = 34
2. Cistadenoma papilar = 2
3. Linfangioma = 1

B. TUMORES MALIGNOS:

1. Fibrosarcoma = 1
2. Reticulosarcoma = 1
3. Carcinoma sólido = 1
4. Carcinoma indiferenciado = 1

Es fácilmente notable la preponderancia de los tumores mixtos en el tejido glandular salival.

Esófago:

Desde el punto de vista de las neoplasias, el esófago se mostró como sitio de crecimiento carcinomatoso casi exclusivamente, ya que únicamente se encontró una lesión benigna que fue una leucoplasia del tercio inferior, en una paciente del sexo femenino, de 72 años de edad. Por la importancia de la frecuencia, el esófago ocupa un quinto lugar (compartido con Ca. de vías biliares) entre los tumores de estirpe maligna del aparato digestivo.

En el Cuadro N° 7 se evidencia la distribución etaria y por sexo de este tipo de tumores.

CUADRO N° 7

Edad	S E X O		Total
	Masculino	Femenino	
30 - 39	2	1	3
40 - 49	5	0	5
50 - 59	8	5	13
60 - 69	7	5	12
70 - 79	2	2	4
80 y más	1	—	1
TOTAL	25	13	38

Existe una mayor incidencia para el sexo masculino de casi 2:1 y un hallazgo más frecuente en las décadas 6ª y 7ª de la vida. La localización dentro del órgano es como sigue:

1. Tercio superior = 3
2. Tercio medio = 2
3. Tercio inferior y cardias = 15
4. Sitio no especificado = 18

A pesar del número tan importante de casos en que no se especifica el origen del carcinoma, se hace importante la mayor frecuencia del desarrollo carcinomatoso en el tercio inferior y cardias.

Los tipos histológicos encontrados fueron los siguientes:

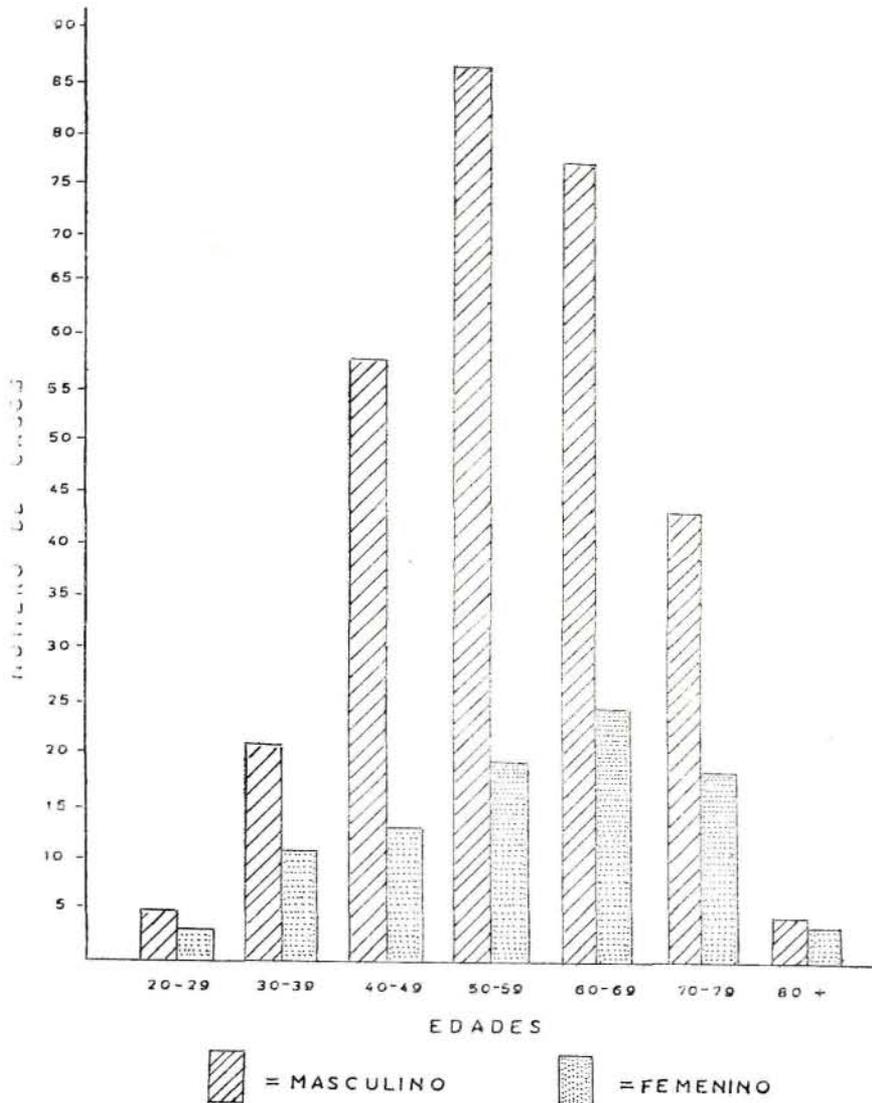
1. Carcinoma epidermoide = 23
2. Adenocarcinoma = 12
3. Carcinoma indiferenciado = 3

El predominio de los tumores epidermoides es la lógica representación del tipo de tejido que recubre interiormente al esófago. Por esta misma razón consideramos que los adenocarcinomas encontrados pertenezcan realmente a estómago, o a neoplasias desarrolladas en mucosa gástrica heterotópica.

GRAFICA Nº 2

ESTOMAGO

TUMORES MALIGNOS



Estómago:

En el estómago se notó un comportamiento similar al del esófago con respecto a la relación de tumores benignos : tumores malignos. Dos casos únicamente de pólipos adenomatosos fueron encontrados en el material gástrico revisado. Fueron un paciente del sexo masculino de 46 años y el otro, una mujer de 68 años.

En la línea de los tumores malignos, se recopilaron 385 pacientes con 386 carcinomas, ya que un paciente tenía dos carcinomas, de diversa estirpe y localización en el momento de ser sometido a tratamiento quirúrgico. Con esta cifra, el cáncer de estómago ocupa el primer lugar por frecuencia entre los tumores malignos en nuestro medio, con una frecuencia tres veces mayor que su inmediato seguidor, el cáncer colónico, constituyendo el 49.1% de todos los tumores malignos del aparato digestivo.

En el Cuadro N° 8 y gráfica N° 2, se observan la segregación por edad y sexo de los 385 pacientes con cáncer gástrico, notándose que el mayor número

CUADRO N° 8

Edad	S E X O		Total
	Masculino	Femenino	
0 - 9	—	—	—
10 - 19	—	—	—
20 - 29	5	3	8
30 - 39	21	11	32
40 - 49	58	13	71
50 - 59	86	19	105
60 - 69	77	24	101
70 - 79	43	18	61
80 y más	4	3	7

recae en las décadas 6ª y 7ª de la vida, con datos extremos de 25 y 86 años. Hay preponderancia para el sexo masculino en proporción de 3.2:1. Sin embargo, este dato podría no ser extrapolable a la población total del país, pues en el conglomerado cubierto por los beneficios de la Seguridad Social, ha existido siempre un predominio del sexo masculino, que aunque pequeño, puede no representar la realidad nacional.

El Cuadro N° 8—A nos muestra la distribución por edades con respecto a la localización del tumor en el estómago. Se observa un mayor número para los tumores antrales. No existe ninguna tendencia entre la localización del tumor y la edad del paciente, comportándose en igual forma a lo ya anotado

en general para los grupos etarios de 50 a 69 años. El crecido grupo de localización no especificada comprende, en su totalidad, casos que en el momento quirúrgico fueron considerados inoperables por su extensión y/o metástasis, obteniéndose tan solo una pequeña porción de tejido para la comprobación histológica. El carecer de la pieza operatoria hizo imposible determinar el sitio de localización principal.

CUADRO N° 8—A

Edad	LOCALIZACION						Total
	Antro	C. menor	Cardias y fondo	C. mayor y caras	Difuso	No. Esp.	
0 - 9	—	—	—	—	—	—	—
10 - 19	—	—	—	—	—	—	—
20 - 29	4	1	—	—	—	3	8
30 - 39	10	3	2	3	3	11	32
40 - 49	21	9	2	7	2	31	72*
50 - 59	36	11	10	8	1	39	105
60 - 69	31	12	10	10	4	34	101
70 - 79	20	5	9	2	2	23	61
80 y más	2	—	—	1	—	4	7
TOTAL	124	41	33	31	12	145	386*

La distribución histológica fue la siguiente:

1. Adenocarcinoma = 322
2. Carcinoma indiferenciado = 54
3. Linfomas = 9
4. Carcinoide = 1

En el momento operatorio se encontraron 288 casos con metástasis evidentes, correspondientes a un 74.5%. De ellas, 215 lo hicieron a ganglios regionales. El resto, 73 casos, lo hicieron además a otros órganos vecinos.

En el cuadro N° 8—B se muestra la edad y la frecuencia de metástasis en cada grupo etario.

CUADRO N° 8—B

Edad	N° Tumores	Metástasis	% Metástasis
20 - 29	8	5	62.5
30 - 39	32	21	65.6
40 - 49	71	57	80.3
50 - 59	105	79	75.2
60 - 69	101	73	72.3
70 - 79	61	47	77.1
80 y más	7	6	85.7
TOTAL	385	288	74.8

El análisis porcentual no revela relación directa o inversa entre estos parámetros, siendo la mayor frecuencia para los ancianos de 80 y más años de edad, seguidos por el grupo de 40 a 49 años.

Intestino delgado:

En el material revisado, el intestino delgado ocupa un lugar poco prominente por la frecuencia de sus tumores, siendo el octavo dentro del aparato digestivo para los tumores malignos. Un solo caso de tumor benigno fue hallado, en un paciente de 65 años, del sexo masculino, portador de un lipoma.

En el Cuadro N° 9 se muestra la distribución de los carcinomas del intestino delgado por edad y sexo.

CUADRO N° 9

Edad	S E X O		Total
	Masculino	Femenino	
20 - 29	1	1	2
30 - 39	1	—	1
40 - 49	1	1	2
50 - 59	1	—	1
60 - 69	1	—	1
70 - 79	—	—	—
80 y más	1	—	1
TOTAL	6	2	8

El pequeño número de casos no permite una agrupación por edad de mayor frecuencia. Sin embargo, se nota predominio del sexo masculino en una proporción de 3:1.

La localización por segmentos intestinales fue como sigue:

1. Duodeno	= 0
2. Yeyuno	= 0
3. Ileon	= 4
4. Localización no especificada	= 4

Desafortunadamente, el tener un 50% del material sin localización precisa, impide sacar ninguna conclusión al respecto.

Los tipos histológicos de estos tumores fueron los siguientes:

1. Linfosarcoma	= 4
2. Leiomioma	= 2
3. Adenocarcinoma	= 2

Los linfomas son indiscutiblemente los que predominan el cuadro, aún cuando el total de casos sea reducido.

Colon:

Desde el punto de vista de la frecuencia de implantación de las neoplasias, el colon alcanza un alto lugar, ya que fue asiento de 222 tumores, 123 benignos y 99 malignos, ocupando con estas cifras el segundo lugar en ambos grupos de neoplasias.

La agrupación por sexo y edades para los tumores benignos, puede verse en el Cuadro N° 10.

CUADRO N° 10

Edad	S E X O		Total
	Masculino	Femenino	
0 - 9	20	13	33
10 - 19	19	10	29
20 - 29	16	10	26
30 - 39	10	2	12
40 - 49	9	4	13
50 - 59	2	1	3
60 - 69	4	2	6
70 - 79	1	—	1
TOTAL	81	42	123

Es notable la relación inversa que existe entre edad y frecuencia en estos tumores, siendo dominantes en los grupos de menos de 10 años. El sexo muestra una leve tendencia al predominio de los hombres con una relación 1.9:1.

El estudio histológico de este material demostró lo siguiente:

1. Pólipos	=	115
2. Papilomas	=	4
3. Condilomas	=	2
4. Fibroma, hemangioma y neurilemoma uno de cada uno	=	3

Un paciente tuvo dos tipos de tumor benigno, concomitantemente. Los pólipos dominan el panorama entre este grupo de tumores.

El Cuadro N° 11, segrega por edad y sexo los pacientes portadores de tumor maligno del colon.

CUADRO N° 11

Edad	S E X O		Total
	Masculino	Femenino	
10 - 19	2	—	2
20 - 29	4	3	7
30 - 39	3	5	8
40 - 49	7	7	14
50 - 59	19	9	28
60 - 69	12	8	20
70 - 79	10	5	15
80 y más	3	2	5
TOTAL	60	39	99

De nuevo en este órgano se manifiesta una más alta incidencia para los grupos de la 6ª y 7ª décadas de la vida, así como predominio del sexo masculino en una relación de 1.5:1.

C. C. S. S.
HOSPITAL CENTRALSECCION DE MEDICINA
DEPTO. DE PATOLOGIA

CUADRO N° 11—A

COLON. TUMORES MALIGNOS. EDAD Y LOCALIZACION

Edad	LOCALIZACION										Total
	Ano	Recto	Sigmoi- des	Colon Descen.	Angulo Esplén.	Colon Transv.	Angulo Hepát.	Colon Ascend.	Ciego y Apénd.	No es- pecifi- cado	
10 - 19		2									2
20 - 29		4							3		7
30 - 39		3	1			1			3		8
40 - 49		7	4				1			2	14
50 - 59	2	17	1	1		1		1	5		28
60 - 69		14	1					1	1	3	20
70 - 79		8	3		1			2		1	15
80 y más		4	1								5
TOTAL	2	59	11	1	1	2	1	4	12	6	99

La localización del tumor y la edad pueden observarse en el Cuadro N° 11—A.

El recto alcanza la mayor cifra, representando un 59.5% de los tumores malignos del colon. El grupo de localización no especificada, tiene explicación similar al grupo homónimo de los tumores gástricos. Histológicamente estas neoplasias fueron clasificadas en:

1. Adenocarcinomas = 84
2. Carcinoma indiferenciado = 3
3. Sarcomas = 2
4. Otros tumores malignos = 10

El dominio de los tumores adenocarcinomatosos es notable, siendo el reflejo del tejido de revestimiento interior del colon.

Hígado:

En el tercer lugar por frecuencia entre los tumores malignos, comparte el último lugar para los benignos con un solo caso, de un hemangioma en una mujer de 62 años. El estudio analítico por edad y sexo se muestra en el Cuadro N° 12.

contribuye a crear un ambiente favorable para las alteraciones en la esfera psíquica y exposición al riesgo de las enfermedades metaxénicas.

La ignorancia, la miseria, la malnutrición, la gran dispersión de las viviendas y el aislamiento de los grandes centros urbanos hacen el ambiente social propicio para que esta población sea proclive a los desajustes sociales y al alcoholismo.

Por las condiciones ecológicas y socioculturales enunciadas, esta población es la más susceptible a las agresiones físicas, biológicas y sociales. Los agentes patógenos específicos locales encuentran terreno favorable para su desarrollo y, en consecuencia, la morbilidad y la mortalidad por enfermedades infecciosas son de gran importancia.

De conformidad con las cifras de población de 1968, el 51.1% de los habitantes del país vivían en las condiciones anteriormente descritas.

Por otra parte, el ser humano sometido a condiciones como las que imperan en ese medio entabla una lucha permanente para adaptarse a condición tan inhóspita, y busca un equilibrio estable para sobrevivir. Pero esa lucha cuesta a la especie un alto tributo en vidas perdidas y, por consiguiente, no es raro que el campesino, en su lógico afán de superar estas adversidades, y respondiendo al llamado de su instinto de supervivencia, emigre de ese medio hostil hacia los centros urbanos con la esperanza de encontrar en ellos el ambiente favorable para su bienestar. Ignora, sin embargo, que por sus condiciones culturales y su falta de preparación para el trabajo industrial, más bien va a ocasionar o a agravar conflictos sociales que a conseguir su propósito de una vida mejor y más duradera.

Magnitud, trascendencia y vulnerabilidad del problema

En la Tabla N° 1 se puede observar la distribución de la población de Costa Rica en relación con el tamaño de sus centros poblados (número de habitantes) según los datos proporcionados por la Dirección General de Estadística y Censos para 1967.

La ausencia casi total de servicios de atención para la salud, según se muestra en la Tabla N° 2, permite aceptar que la aplicación de algunas de las medidas ya tradicionales de la prevención primaria, como los programas de inmunizaciones y la prestación en forma permanente de servicios elementales de primeros auxilios para la recuperación de la salud, puede reducir parte de las dolencias que afligen a esta población. Además, donde nada existe, lo poco que se haga es bastante y, mejor aún, si para conseguir esto la inversión económica requerida es mínima.

De las 89 neoplasias halladas en el hígado, 61 corresponden a tumores metastásicos, o sea un 68%. El 32% restante (28 casos) es el grupo de neoplasias nacidas del propio tejido hepático. De estos tumores primitivos de hígado, 5 de ellos (17.8%) tomaron arraigo en un órgano previamente lesionado por una cirrosis.

Vías biliares:

Los tumores malignos de las vías biliares, en número de 38, comparten en nuestra casuística el quinto lugar en frecuencia, junto con los de esófago. No se encontraron tumores benignos en esta localización. La distribución por edad, sexo y localización se muestra en el Cuadro N° 13.

CUADRO N° 13

Edad	S E X O		Total
	Masculino	Femenino	
30 - 39	1	—	1
40 - 49	2	3	5
50 - 59	6	8	14
60 - 69	5	12	17
70 - 79	—	—	—
80 y más	—	1	1
TOTAL	14	24	38

El mayor número corresponde a las décadas 6ª y 7ª (81.6%), con predominio del sexo femenino en proporción de 1.7:1.

La localización fue la siguiente:

1. Vesícula biliar	= 19
2. Ampula de Vater	= 9
3. Colédoco	= 2
4. No especificada	= 8

Llama la atención el alto número de casos de carcinoma de la ampula de Vater, con una distribución inversa por sexos (6 hombres, 3 mujeres).

El tipo histológico corresponde a:

1. Adenocarcinoma	= 31
2. Carcinoma indiferenciado	= 3
3. No clasificado	= 4

No encontramos ejemplos de carcinoma epidermoide de vías biliares en nuestra estadística.

Páncreas:

Los tumores malignos del páncreas ocupan el sétimo lugar con un total de 14, de los cuales corresponden 9 al sexo masculino y 5 al femenino. Su distribución etaria sigue un curso casi uniforme entre los 40 y 79 años, tal como se muestra en el Cuadro N° 14.

El tipo histológico corresponde a:

- | | | | |
|----|--------------------------------|---|---|
| 1. | Adenocarcinomas | = | 9 |
| 2. | Carcinoma indiferenciado | = | 4 |
| 3. | Sarcomas | = | 1 |

Sólo en 3 casos se especificó la localización, correspondiendo estos a la cabeza.

CUADRO N° 14

Edad	SEXO		TIPO HISTOLOGICO			Total
	Masculino	Femenino	Adenocarcinoma	Carcinoma indif.	Sarcoma	
40 - 49	3	1	2	1	1	4
50 - 59	2	1	2	1	—	3
60 - 69	2	2	3	1	—	4
70 - 79	1	1	2	—	—	2
80 - 89	1	—	—	1	—	1

La estadística comprende un solo tumor benigno del páncreas, que resultó ser un cistadenoma de localización no precisada, en una mujer de 41 años.

RESUMEN Y COMENTARIOS:

- 1.—Se analizan 100.000 biopsias consecutivas realizadas en el Departamento de Anatomía Patológica del Hospital Central de la Caja Costarricense de Seguro Social, para un total de 13 años, 3 meses de labor.
- 2.—Se encontraron 1119 tumores para un porcentaje de 1.11% en el material revisado.
- 3.—Se hallaron 336 tumores benignos (0.33%); el resto, 783 fueron malignos (0.78%).
- 4.—28.6 pacientes de cada 10.000 asegurados sufrieron de alguna enfermedad neoplásica, benigna o maligna.

- 5.—El año 1959 sobrepasa la cifra promedio con una tasa total de 50.4 por cada 10.000 derecho-habientes. No tenemos ninguna explicación para este fenómeno.
- 6.—La tendencia fluctuante de las curvas de frecuencia, quizá nos den alguna vez explicación, de repetirse este fenómeno en un período más largo que el estudiado por nosotros.

ANEXO N° 1

POBLACION ASEGURADA Y SEXO
DISTRIBUCION POR AÑOS

Años	Total	Hombres	Mujeres
1955	122.103	64.165	57.938
1956	133.283	70.040	63.243
1957	142.741	75.010	67.731
1958	158.327	83.201	75.126
1959	178.480	93.791	84.689
1960	189.106	99.375	89.731
1961	219.083	115.128	103.955
1962	262.190	137.781	124.409
1963	304.867	160.208	144.659
1964	331.363	174.131	157.232
1965	444.571	233.622	210.949
1966	518.205	272.317	245.888
1967	557.533	292.984	264.549

- 7.—En el análisis general de los tumores existe una mayor incidencia para el sexo masculino, con relaciones que fluctúan de 1.3:1 hasta 3.3:1. El leve predominio del sexo masculino en nuestro material estudiado (1.1:1) podría ser un factor a considerar pero no es de magnitud suficiente para explicar este fenómeno por completo (Cuadro Anexo N° 1).
- 8.—Excepción a lo anterior, lo constituyen los tumores de glándulas salivares y los de vesícula biliar, diferencia que se haría más notable por el menor número de mujeres en el grupo estudiado.
Para los primeros, carecemos de explicación; para los segundos, puede ser valedero el hecho de la mayor frecuencia de patología de la vía biliar en la mujer, lo que actuaría como factor desencadenante o predisponente del desarrollo neoplásico. Llama la atención la relación inversa para los sexos en el caso de los tumores de la ampulla de Vater.

- 9.—Las edades en que se agrupan el mayor número de tumores malignos son comprendidas entre la 6ª y 7ª décadas de la vida. Se expande este período-etario hacia la 5ª década en el caso de las neoplasias de páncreas y alcanza su edad mínima en los tumores de glándulas salivares.
- 10.—Para los tumores benignos el aspecto es diferente, dominando por frecuencia en la distribución etaria, los grupos menores de 10 años para coloa y de 20 a 39 años para la boca.
- 11.—El ordenamiento por incidencia para los carcinomas pone de manifiesto la severa preponderancia de los cánceres gástricos dentro del grupo analizado, seguido por el cáncer de colon y boca, respectivamente.
- 12.—Es llamativo el hecho que el 75% de los pacientes con cáncer gástrico tuvieron metástasis fácilmente demostrables en el momento operatorio. Se llama la atención el posible factor de error jugado por el médico, en este problema; así como la poca o nula educación médica que se otorga al pueblo, factores ambos, que corregidos servirán, a no dudarlo, para lograr un mejor resultado con un tratamiento precoz para el paciente canceroso.

B I B L I O G R A F I A

- 1.—BOCKUS, H. L.
Gastroenterología, 2a. edición, 1965. Salvat Barcelona, Vol. I. Pág. 187.
- 2.—LÓPEZ, E.
Revista Médica de Costa Rica. 13:239; 1961.
- 3.—JARAMILLO, J.; AGUILAR, M.
Revista Médica de Costa Rica. 24:437; 1967.
- 4.—HERRÁN, O.; SOTO, M., ARGUEDAS, C.
Cáncer de Esófago. Referencia personal.
- 5.—HERRÁN, O.; SOTO, M., ARGUEDAS, C.
Cáncer de Colon y Recto. Referencia personal.