

# CANCER GASTRICO

## (ANALISIS ANATOMOPATOLOGICO DE DIEZ CASOS DE CANCER GASTRICO CON SOBREVIDAS MAS ALLA DE CINCO AÑOS).

Manuel Zeledón Pérez \*

### INTRODUCCION:

Esta pequeña serie tiene el mérito de ser casos de cáncer gástrico operados con supuestas grandes invasiones gástricas y que a nuestro juicio, con excepción de un caso, han sido curados de su neoplasia maligna con sólo cirugía. Un número importante de los pacientes que se presentan data de épocas en que la endoscopia gástrica no estaba tan avanzada en su técnica, ni tampoco se practicaba tan frecuente y rutinariamente como se hace de diez años a la fecha. Incluso los estudios radiológicos no eran tan perfeccionados en cuanto a mucografías, como los que se hacen en ciertos hospitales en el presente. Con el comentario anterior queremos decir que los casos que analizamos en este estudio son de los muchos que nos llegan con cánceres avanzados, que no por ello, dejamos de explorarlos. En numerosas ocasiones nuestra sorpresa es que son neoplasias extensas pero limitadas al estómago y quizás, invadan algunos ganglios acequibles a la técnica del cirujano. Indiscriminadamente los casos que llenan estos requisitos son objeto de resección gástrica, sub-total hasta donde sea posible, con epiplectomía y linfadenectomía. Llevamos la idea de resecciones paliativas pero en un porcentaje de casos se han convertido en curativas. Desafortunadamente no todos los casos que operamos continúan sus controles y a través de los años, caen en manos de diferentes médicos y hospitales del país. Conducta poco disciplinada del paciente que nos impide aquilatar resul-

tados y llevar nuestros operados a porcentajes de comparación con los reportados en otros centros mundiales.

### MATERIAL Y METODOS:

Los diez casos objeto de nuestro análisis anatomopatológico, constituyen una pequeña serie de cáncer de estómago, los cuales he podido seguir a través de los años y considerarlos curados quirúrgicamente de neoplasias extensas (con la salvedad de uno de ellos que hizo recidiva a los ocho años y seis meses). Se analizan las características anatomopatológicas con el propósito de encontrar alguna relación entre los hallazgos patológicos, tipo de conducta quirúrgica, con la larga supervivencia y curación completa de nueve de ellos. Así mismo se hace un estudio de por edad, sexo, lugar de origen y detalles de calidad de vida que les trajo esta larga supervivencia. Completamos nuestro estudio con una revisión amplia de la literatura mundial y tocante a, estadísticas, conductas quirúrgicas y actitudes que toman otros grupos de cirujanos, frente al cáncer extenso del estómago.

### PRESENTACION DE CASOS:

F.O.O. Exp. 202783. Fem. 45 años de San Francisco de Dos Ríos. Principales síntomas: Anorexia, Epigastralgia, Pesantez Postprandial y Vómitos Esporádicos. Desde hace 20 años (?). S.G.D. (23 de mayo, 70): Nicho ulceroso de gran tamaño en tercio medio de la curvatura menor. Operación (16 de julio, 70): Gastrectomía Subtotal con Linfadenectomía y Epiplectomía. Patología: Adenocarcinoma Meta-

\* *Catedrático de la Escuela de Medicina. Universidad de Costa Rica. Jefe de Clínica del Servicio de Cirugía Carlos Durán. Hospital San Juan de Dios.*

plasia intestinal Extensa. Bordes de Resección Libres. Invade todas las capas incluso serosa. Ganglios sin metástasis (0/10). Once años después reoperada por coledoclitiasis. Sin evidencia de recidiva. Actualmente con buena salud. Lleva 11 años 6 meses de sobrevida.

H.A.M. Exp. 53210. Fem. 46 años. Ciudad Colón. Principales Síntomas: Hiperacidez, Ardor Epigástrico. Distensión abdominal. Vómitos prandiales ocasionales. Pérdida de peso. Gástroscopia: Ca. Gástrico con estenosis parcial. Úlcera gástrica en curvatura menor que infiltra antro y piloro. Se toman dos biopsias que se reportan como Adenocarcinoma. S.G.D. Lesión antropilórica estenosante. Infiltración Neoplásica (14 set. 71). Gastrectomía de 80%. Epiplectomía y Linfadenectomía. Pieza operatoria: superficie mamelonada. Metaplasia Intestinal. Invasión de Mucosa y Muscular. Adenocarcinoma Intraepitelial de estómago. Ganglios sin metástasis (0/18). Hace 10 años que sigue sus controles sin falla. Gástroscopia 25 de febr. 80: Gastritis crónica del muñón.

L.O.M. Exp. 34296. 47 años. Fem. Puriscal. Principales Síntomas: Pesantez epigástrica, pirosis, y vómitos provocados. (Hace 4 años). S.G.D. Defecto de llenado pre-pilórico y de parte de cuerpo por neoplasia maligna avanzada con marcada tendencia estenosante. Se palpa tumor en epigástrico. Operada (23 de abril, 60). Tumoraición Antropilórica de 7 centímetros de diámetro. Gastrectomía Sub-total con Linfadenectomía y epiplectomía. Reporte de Patología: Gastritis Crónica hipertrófica con transformación maligna de tipo adenocarcinoma extendida en la superficie. Invade las tres capas. Ganglio de curvatura menor con metástasis, ganglio de epiplón con linfangitis catarral. Ocho años y 6 meses después. Se laparotomiza por síndrome oclusivo intestinal. Se encuentra recidiva del tumor inicial, invasión de boca anastomótica, colon, hígado, vesícula biliar y fondo de saco de Douglas.

R.A.M. Exp. 325819. 57 años. Masc. La Bolsa de Cangrejal de Puntarenas. Principales Síntomas (hace 1 año): Vómitos post-prandiales y pérdida de peso. Gástroscopia: úlcera de cara posterior de estómago con biopsias de adenocarcinoma tipo metaplasia intestinal. Operación (26 de set. 75): Gastrectomía Sub-total

de 75 a 80%, con linfadenectomía y epiplectomía. Reporte de Patología: Adenocarcinoma de tipo intestinal. Metaplasia intestinal extensa. Bordes de Resección libres. Invade muscular y mucosa. Ganglios sin metástasis (0/12), algunos con histiocitosis intestinal. Lleva buenos controles periódicos. Tiene buena salud y tiene 6 años y varios meses de operado.

R.C.D. Exp. 306907. 64 años. Fem. Sa San José. Síntomas Principales: Anorexia, Pérdida de peso, masa epigástrica palpable (5 meses antes). S.G.D. defecto de llenado en región antropilórica. Operación (7 de mayo, 1959): Tumor de forma globosa de 8 cm. de diámetro, limitado a estómago. Gastrectomía Sub-total con Epiplectomía y Linfadenectomía. Reporte de Patología: Carcinoma Gástrico vegetante, pre-pilórico, polipoide. Gastritis crónica atrófica. Invasión de mucosa y muscular. Bordes libres. Ganglios y epiplón sin metástasis. Vivió 20 años y 9 meses, siempre tuvo buena salud y murió de pulmonía y Senilidad.

T.V.V. Esp. 366496. 66 años. Masc. Zaragoza de Palmares. Dos meses antes: Pérdida de peso, Anorexia, Pirosis y Rectorragia. S.G.D.: Estenosis pilórica. Gran cantidad de líquido en el estómago. Acidez libre disminuida. Gástroscopia (6 de julio, 1973) Ca. pilórico estenosante. Operado (10 de julio, 73) Gastrectomía Sub-total con linfadenectomía y epiplectomía. 75% de estómago. Reporte de Patología: Adenocarcinoma bien diferenciado (ulcerado). Infiltra capa muscular cerca de serosa. El límite de resección distal infiltrado de tumor. Ganglios sin metástasis (0/10). Controles pocos. Tiene buena salud. 8 años de operado.

E. P. M. Exp. 208330. 66 años. Masc. Seis meses antes: Anorexia. Pérdida de peso, dolor abdominal alto. Conocido como enfisematoso, cor pulmonale e insuficiencia coronaria. S. G. D. (17 de julio, 67: Rigidez Antropilórica. Operación (20 de agosto, 1967) Induración antral, se toma biopsia por congelación de ulceración y se reporta como Adenocarcinoma. Sin metástasis macroscópicas. Se practica Gastrectomía Sub-total con linfadenectomía y epiplectomía. 70 a 75 o/o. Un ganglio con metástasis (1/6). Infiltra mucosa y muscular. Bordes de resección libres. No se controlaba, Gástroscopia 13 años después

de operado: esofagitis péptica. Moniliasis esofágica. No se aprecia recidiva esofágica. Internado el 8 de agosto de 1980. Salió con los diagnósticos: hipertrofia próstática. Neumonía izquierda Sepsis Urinaria y muere pocos días después en su propia casa.

D. R. F. Expediente 322103. 71 años. Alajuela. Colelitiasis durante 20 años. Anorexia y dolor abdominal 3 meses antes. Se opera el 24 de set. 1953 y se encuentra además de la colelitiasis, tumor prepilórico del tamaño de una guayaba. Mancha en cara superior de hígado que impresiona como metástasis. Se practica colecistectomía, gastrectomía sub-total con linfadenectomía y epiplectomía. Ganglios macroscópicamente sin metástasis. **No aparece el reporte de patología de la pieza quirúrgica.** Tuvo controles clínicos durante casi 20 años y muere de senilidad y falla cardíaca faltando pocos meses para cumplir los 92 años.

L. A. V. Exp. 434074. 72 años. Masc. San Ramón de Alajuela. Un año y medio antes: Diabetes Mellitus. Anemia. Diagnóstico gastroscópico: úlcera pre-pilórica profunda y otra pequeña en parte más alta de curvatura menor. S. G. D.: bulbo-duodenal ulceroso con nicho grande. Gastroscopía de 30 de agosto de 1975: Proceso infiltrante que invade antro y píloro. Ca. Antropilórico ulcerado y estenosante con biopsias endoscópicas de adenocarcinoma. Operación: Tumoraición antropilórica que recuerda una estenosis congénita de píloro. Gastrectomía Sub-total con epiplectomía y Linfadenectomía. Biopsia de pieza quirúrgica: adenocarcinoma, metaplasia intestinal. Bordes libres de invasión. Invasión de mucosa y muscular. Ganglios sin metástasis. Controles periódicos. Gastroscopía 5 años y 5 meses de post-op.: no hay evidencia de recidiva tumoral.

R. C. V. No. de biopsia 24911, masculino, San José. Operado: 28 de set. 1958. Cacinoma gástrico con invasión a tercio medio de esófago. Expediente clínico extraviado. Operación: esófago-gastrectomía con epiplectomía y linfadenectomía. Tumor muy extenso que invade caso por completo el fondo gástrico, cara anterior y esófago. Tumor de hábito glandular bastante maduro, invade mucosa y muscular. Bordes de resección libres. Carcinoma gástrico polipoide e infiltrante de tipo histológico adenocarcinoma grado II. Un ganglio y un fragmento de tejido adiposo

con metástasis de adenocarcinoma (1/9). Murió el 2 de marzo de 1967 de trombosis cerebral. Siempre tuvo controles médicos clínicos por hipertensión arterial.

CUADRO No. 1  
Análisis de Diez Casos de Cáncer Gástrico  
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS  
Diciembre de 1981

Nombre	No. de Expediente	Sexo	Edad	Procedencia
F.O.D.	202783	Fem.	45 a.	San José
H.A.M.	53210	Fem.	46 a.	Villa Colón
L.O.M.	34296	Fem.	57 a.	Puriscal
R.A.M.	325819	Masc.	57 a.	Puntarenas
R.C.D.	306907	Fem.	64 a.	San José
T.V.V.	366496	Masc.	66 a.	Palmares
E.P.M.	208330	Masc.	66 a.	Atenas
R.C.V.	XXXX	Masc.	66 a.	San José
D.R.F.	306907	Fem.	71 a.	Alajuela
L.A.V.	34296	Fem.	72 a.	San Ramón de Alajuela.

#### RESULTADOS:

Se trata de diez casos operados de carcinomas avanzados con evoluciones más allá de los cinco años, meta ideal tratándose de neoplasias de grandes tumores gástricos. Dos viven con más de 6 años; uno vive con más de ocho años y dos de más de ocho murieron: uno de trombosis cerebral (sin recidiva) y otro de ocho años y seis meses (único en nuestra serie que hizo recidiva); dos viven con más de diez años y uno de 13 años y un mes murió a los 79 años de una neumonía; los dos últimos fueron casos estrellas dado que llegaron a los veinte años y murieron como consecuencia de problemas de sinilidad a los 85 y 92 años. Siendo el carcinoma gástrico más frecuente en el sexo masculino en relación de 3 a 1, seis mujeres ocupan el primer lugar de nuestro estudio (60%) y cuatro hombres constituyen la minoría (40%). En cuanto a la edad: dos casos de la década de los cincuenta, dos casos de la década de los sesenta, cuatro casos de la década de

**CUADRO No. 2**  
**Análisis de Diez Casos de Cáncer Gástrico**  
**Hospital San Juan de Dios**  
**Diciembre de 1981**

Nombre	Aparición de Síntomas	Masa Palpable	Tipo de Operación	Controles	Estado de Salud	Examen Reciente	Sobrevida	Causa de Muerte
E O O	20 años (?)	No	Gastrec. Sub-total con epiplec. y Linfadenec.	Pocos	Buena	Lapa y Colect. (6 meses)	11 años 5 meses	Vive
H A M	3 meses	No	Gast. Subt. Linf. Epip.	Si	Buena	Gastros. Normal 25 feb. 80.	10 años 2 meses	Vive
L O M	4 años	Si Epigastro	Gast. Subt. Epip. Linf.	No	Fue buena Recidiva	Lapa. In- vadida.	8 años 6 meses	Murió Recidiva
R A M	1 años	No	Gast. Subt. Epip. Linf.	Si	Buena	Gastroc. Biop. neg.	1 mes	Vive
R C D	5 meses	Si Epigastro	Gast. Subt. Epip. Linf.	Pocos	Fue buena	Sólo Clí- nicos	20 años 9 meses	Murió Senili- dad. Pulmonía
T V V	2 meses	No	Gast. Subt. Epip. Linf.	Pocos	Buena	Controles Clínicos.	8 años 4 meses	Vive
E P M	6 meses	No	Gast. Subt. Epip. Linf.	No	Fue buena	Gastros. Normal 22 agost. 81	13 años 1 mes	Murió Neumonía Izq.
R C V	xxx(?)	Si Epigastro	Esóf. gas- troctomía	Si	Hipertenso	Sólo clíni- cos	8 años 3 meses	Murió Trombosis Cerebral.
D R F	3 meses	No	Gast. Subt. Epip. Linf.	Pocos	Fue buena	Sólo Clíni- cos.	19 años 10 meses	Murió Sensibili- Falt. card.
L A V	1 año 6 meses	No	Gast. Subt. Epip. Linf.	Si	Buena	Gastroc. Normal Nov. 1980	6 años 1 mes	Vive

los setenta y dos de los ochenta. En cuanto a la ubicación geográfica el 90% son provenientes de la Meseta Central. El 80% eran tumores extensos, el 20% tumores pequeños pero no incipientes. Siete de ellos colocados en la región antro-pilórica (4 estenosantes); uno de curvatura menor; otro en cara posterior y uno gastroesofágico. Un caso con el borde de resección distal invadido y con invasión de serosa, sin embargo tiene 8 años y cuatro meses sin haber presentado recidiva. Serosa invadida en dos casos: uno de ellos fue el único que los hizo recidivas a los 8 años y seis meses de supervida y también tenía un ganglio con metástasis, el otro vive con 11 años y 5 meses de no mostrar evidencia neoplásica (esta paciente recientemente fue laparomizada para colecistectomía). Tres casos resultaron con metástasis de uno de todos los ganglios **reseca- dos**: dos sobreviven y el otro de la recidiva ha sido ampliamente discutida. La modalidad macroscópica mayoritaria fué de tipo ulcerativo:

cinco casos (50%). Polipoides tres: uno polipode de extensión superficial, uno polipode fungante y otro polipode infiltrativo. Infiltrativo de extensión superficial fué el caso de recidiva a los ocho años y medio. En cuanto a los detalles microscópicos: 8 fueron adenocarcinomas. De los que vivieron 20 años: de uno no se sabe la histología y del otro resultó un carcinoma vege- tante poco diferenciado. De los nueve casos (da- do que en uno fué imposible encontrar el repor- te de patología): 4 tenían metaplasia intestinal 44.4%. Seis diferenciados y tres poco diferen- ciados. De los diez casos estudiados: nueve fue- ron sometidos gastrectomía subtotal, tipo Hoff- meister-Finster, de 75 a 80% de resección del estómago, uno con esófago-gastrectomía y anas- tomosis de tercio distal del estómago o esófago; a todos se les hizo epiplectomía con linfadenec- tomía de los nueve territorios clásicos. A ningun- no se le hizo gastrectomía total, ni esplenecto- mía con cola de páncreas.

**CUADRO No. 3**  
**Detalles de Patología de Diez Casos**  
**de Cáncer Gástrico**  
**Diciembre de 1981**

Nombre	Biopsia	Tipo Macroscóp	Tipo Microscóp	Bordes de Resección	Ganglios Linfáticos	Invasión de Capas	Metást. de Org.	Tumor Extenso
F.O.O.	194137	Ulcerativ.	Adenocarc. Intestinal Bien Dif	Libres	Sin Metástasis.	Mucosa Muscular Serosa	No	No Curv. Menor
H.A.M.	209802	Polipoid. Extensión Superfic.	Adenocarc. Intraepitelial Mucioso.	Libres	Sin Metástasis.	Mucosa Muscular	No	Sí Antropilórico Estenosante.
L.O.M.	76694	Infiltrat Extensión Superfic.	Adenocarc. Bien Diferenciado	Libres	Uno con Metástasis	Mucosa Muscular Serosa	No	Sí Antropilórico Estenosante.
R.A.M.	259573	Ulcerativ.	Adenocarc. Metapl. Intest. Extensa Histiositosis Int.	Libres	Sin Metástasis.	Mucosa Muscular	No	Sí Cara post. Estómago.
R.C.D.	66656	Polipoid. Fungante	Carcinoma Vegetante Poco Dif.	Libres	Sin Metástasis	Mucosa Muscular	No	Sí Pre-pilórico.
T.V.V.	232068	Ulcerativ.	Intestinal Adenocarc. Bien Diferenciado.	Distal Infiltrado.	Sin Metástasis.	Muscular cerca de Serosa.	No	Sí Antropilórico Estenosante.
E.P.M.	151887	Ulcerativ.	Adenocarc. Bien Diferenciado.	Libres	Uno con Metástasis	Mucosa Muscular	No	Sí Antropilórico.
R.C.V.	24911	Polipoide e Infiltrativo	Adenocarc. Poco Diferenciado	Libres	Uno con Metástasis. Grasa Invasida	Mucosa Muscular	No	Sí Esófago-gástrico.
D.R.F.	XXXX	Reporte de Patología extraviado Expediente clínico sin reporte de Patología. Buen control clínico durante casi 20 años.					Mancha en Hígado (?)	No Pre-pilórico.
L.A.V.	258838	Ulcerativ. e Infiltrativo.	Adenocarc. Diferenc. Metapl. Intestinal	Libres	Sin Metástasis.	Mucosa Muscular	No	Sí Antropilórico Estenosante.

#### COMENTARIO:

Somos partidarios de laparotomizar todos los casos carcinoma gástrico no obstante de que: clínicamente, por rayos X y por gastroscopía, nos hablen de tumores extensos del estómago (1, 2). La edad y el estado general del paciente, objeto de la repercusión de la enfermedad maligna, tampoco son impedimentos para proporcionarle el beneficio de una posibilidad resectiva. (3, 6, 7, 19). Es el cirujano con su abdomen abierto y con una actitud un tanto agresiva, el que debe decidir sobre la resectividad o no del tumor. Di-

ce Hoerr (7). No debemos arrepentirnos de una política quirúrgica con agresividad resectiva a todo aquel paciente, en que con fines paliativos hacemos una detallada resección paliativa, que podría resultar curativa. Ekblom (2). Una actitud vigorosa hacia la paliación resectiva, en el carcinoma avanzado del estómago, se justifica, con sólo el hecho de conseguir una mejor calidad de vida para esta clase de pacientes. Los japoneses y a la cabeza de ellos Mine (11), si son partidarios de resecciones, todavía, mayores que las que hemos practicado en años anteriores, motivo de

la serie de estos diez casos, ellos describen 16 territorios, ganglionares y mayores tiempos operativos. Los nuestros fueron de 9 territorios ganglionares; será el tiempo el que nos ilumine en cuanto a estos casos supuestamente avanzados. Hoerr y Fisher (6,3) clasificando los efectos histopatológicos del carcinoma gástrico en cuanto a su pronóstico de supervivencia. Llegan a la conclusión de que cada tipo histopatológico es potencialmente letal y que puede ser incurable en el momento quirúrgico; por otra parte, sin importar el tipo patológico, todo carcinoma puede ser exitosamente erradicado, el paciente se cura de su enfermedad, siempre y cuando el proceso patológico sea lo suficientemente localizado. Ocho de nuestros casos fueron adenocarcinomas. El adenocarcinoma, ya sea de un sólo tipo histológico o combinado, tiene un mejor pronóstico de curación, desde luego en los casos potencialmente curables y comparándolos con otros tipos de carcinoma. (6,15). Los tipos combinados de carcinoma, que tengan más de un tipo histológico, han dado mejores resultados. La metaplasia intestinal es muy frecuente en nuestro medio, el 51.3 o/o según Salas (15).

En nuestro estudio apareció en 4 casos (44.4 o/o). También coincidimos con los estudios de nuestros compatriotas en la predominancia de las formas ulceradas y de localización antropilórica (4,9,15). Llama la atención en nuestro pequeño estudio, los casos siguientes: un caso con invasión de borde distal, con invasión a serosa, con 8 años y cuatro meses de supervivencia otro con invasión de serosa, metástasis a un ganglio, que hizo recidiva del tumor primario hasta ocho años y 6 meses después; otro caso con un ganglio invadido, grasa con neoplasia, tumor poco diferenciado, muy extenso, gastro-esofágico, que muere 8 años y 3 meses después de una trombosis cerebral.

#### RESUMEN:

Se presentan diez casos de carcinomas extensos que han tenido una sobrevida muy apreciable y dos de ellos vivieron 20 años. Cuatro de ellos murieron con avanzada edad de enfermedades propias de la senilidad pero curados de su carcinoma gástrico. Un sólo caso hizo recidiva de su tumor original, después de ocho años y medio de supervivencia. Seis fueron mujeres y todos de la década de los 50 años en adelante. Tres con metástasis a ganglios. Dos con invasión a serosa y uno con borde de resección invadido. Predomi-

nacia del tipo ulcerativo 50 o/o, antropilórico 70 o/o y microscópicamente el adenocarcinoma 80 o/o. Se concluye que las resecciones paliativas amplias pueden ser curativas, no obstante que hemos hecho gastrectomías sub-totales con linfadenectomías de sólo 9 territorios ganglionares y epiplón.

#### SUMMARY:

It has been studied ten cases of extended carcinomas of stomach with long lives of existence. Two of them lived twenty years. Four died of advanced age, diseases proper of the senility, but cured of the neoplasm. Only one case was recurrent of the original tumor, after eighth and half years. Six were women and all of the cases from the 45 to 72 years at the time of the operation. It was more frequent: the ulcerative type 50 o/o, anthropiloric location 70 o/o and microscopic type was adenocarcinoma 80 o/o. It was concluded that extended palliative resections could be curative in this type of so presuntuous advanced cases, no matter that it was made only sub-total gastrectomies and resection of just 9 lymphatic territories and omento.

#### BIBLIOGRAFIA

- 1.- Adashek Kenneth, Sanguer Longmire. Cancer of Somach. Annals of Surg. Vol. 189:7-10. Jan., 1979 Philadelphia. E. U.
- 2.- Ekbohm G. A., Gleysteen J.J. Gastric Malignancy: Resection for Palliation Sugery. Vol. 88 No. 4, 476-481, Oct., 80., St. Louis Mo., U. S.
- 3.- Fisher E. R., Hoerr S. O. The practical value of hystopathological classification of Gastric Carcinoma; an appraisal based on 100 consecutive cases. Cander 1955, 8:389.
- 4.- Fonseca A. Carcinoma del Estómago. Revista Médica de Costa Rica XVIII. 27-41, 1961.
- 5.- Hoerr S. O. Surgeon Classification of Carcinoma of Stomach; Preliminary Report. Surg. Gynec. & Obst., 99: 281., 1954.
- 6.- Hoerr Stanley O., Hazard Beach J. Prognosis in Carcinoma of Stomach in Relation to the Microscope Type. Surg. Gyn. & Obstet.

- 7.- Hoerr Stanley O. Prognosis for Carcinoma of Stomach. *Surg. Gyn. & Obst.* 137: 205-209, Cleveland Ohio., 1973.
  - 8.- Inberg M. V. et al. Carcinoma of Stomach. *Acta Chir., Scand.* 138: 195-201. Finland, 1972.
  - 9.- Jaramillo J., Aguilar M., Cáncer Gástrico. Estudio Clínico Quirúrgico de 300 casos. *Revista Médica de Costa Rica.*, XXIV: 437, San José, 1967.
  - 10.- Laurence W., and Mc/Near G. The Effectiveness of Surgery for Palliation of Incurable Gastric Cancer. *Cáncer* 11: 28, 1958.
  - 11.- Mine Nasaru, Majina Susumu, Harama Minoru, Etani Satuski. End Results of Gastrectomy for Gastric Cancer: Effects of Extensive Lymph Nodes-Dissection. *Surgery* 68: 753-758 Kyoto, Japan, 1970.
  - 12.- Miranda M., Macaya J. y Moya de Madrigal L. Aspectos Epidemiológicos del Cáncer Gástrico en Costa Rica. *Acta Med. Costarricense* 20: 207., 1977.
  - 13.- Ohman, Emar, Rubio. Relation Between Early and Advance Gastric Cancer. *The Am. J. of Surg.* 351-355 Philadelphia. Jan 79. E. U.
  - 14.- Papachistou Dematrius N., Forthess Joseph G. Anastomosis Failure Complication of Total Gastrectomy and Esophago-Gastrectomy for Cancer of the Stomach. *The Am. J. of Surg.* 138: 399-406. 1979.
  - 15.- Salas J. Patología del Carcinoma de Estómago. *Acta Med. Cost.* 23: 349, 1980.
  - 16.- Shahon D. B. et al. Cancer of Stomach. *Surgery* 39: 204-221 Minneapolis, 1956.
  - 17.- Stern Jeffrey L. Denman Susan et al. Evaluation of Palliation Resection in Advanced Carcinoma of Stomach. *Surgery* 77: 291-298, New York, 1975.
  - 18.- Villalobos José, Alvarez R., Pérez Tamayo Ruy. Carcinoma Gástrico en el Instituto Nac. de Nutrición. *Gaceta Med. de Mex.* 113:, No. 6: 277, Junio 77. Mex.
  - 19.- Zacho Alfred et al. Treatment of Gastric Malignancy. A. Twenty years series. Comprising Mainly Far Advanced and High-seated Tumor. *Annals of Surg.* 179: 94-101, 1974.
-