

Carcinoma del Estómago*

Por

Dr. Alvaro Fonseca Solórzano

INTRODUCCION:

El Carcinoma del estómago continúa siendo uno de los mayores problemas confrontados por la profesión médica en todas partes del mundo. A pesar de los magníficos adelantos de la ciencia médica en el diagnóstico y tratamiento de un sin número de enfermedades, aún podemos decir que, en cuanto al cáncer gástrico, los progresos efectuados no han corrido paralelos con los llevados a cabo en otros campos. En países de un gran adelanto médico como lo son los Estados Unidos y Suecia, este tipo de cáncer continúa como un reto constante al internista y al cirujano. El número anual de muertes por carcinoma del estómago en los Estados Unidos a sido estimado en 40.000, cifra sólo superada por la de muertes ocasionadas por carcinoma del cuello del útero y en los últimos años, por la de muertes debidas a carcinoma del pulmón, creciente problema en el campo de la cancerología. Sin embargo, no son pocos los adelantos que se han alcanzado en el tratamiento de carcinoma gástrico. El número de diagnósticos tempranos, cuando la lesión es todavía operable, aumenta año con año debido a la mayor comprensión del problema por parte de la profesión médica y en parte sin duda, a la mejor educación de la población en general en cuanto a los problemas médicos.

En el campo de la cirugía curativa, el adelanto ha sido enorme. El promedio de resectabilidad ha aumentado considerablemente en los últimos 15 años, debido a un número grande de factores que han permitido resecciones más amplias en un número creciente de casos, con un riesgo operatorio que día a día disminuye. En algunas clínicas la mortalidad operatoria ha sido reducida a un 3% para las resecciones gástricas. Si comparamos con un 12% hace diez años y aún 63% en otras clínicas, se ve que la reducción de la mortalidad ha sido apreciable. El mejor entendimiento de la química sanguínea, el uso más liberal de las transfusiones han permitido mejores cuidados pre y post-operatorios y los adelantos en el campo de la anestesia han permitido ofrecer al paciente menores riesgos en una intervención quirúrgica.

* Un estudio sobre 735 casos atendidos en el Hospital San Juan de Dios en el período de 10 años comprendido entre 1941 - 1950.

Nota: por considerar que este es el único estudio de Carcinoma Gástrico, verificado en nuestro medio, durante un lapso de 10 años, el Consejo Editorial ha creído de interés su publicación.

La gastrectomía total se ha facilitado por el uso de la ruta transtorácica, debido en gran parte al trabajo excelente de Churchill y Sweet en la Escuela de Medicina de Harvard en Boston. (5).

Con esta nueva ruta las lesiones del cardias y fondo gástrico, que eran consideradas irresecables por muchos, han permitido hoy día ser abordadas con una mayor facilidad. La reducción en la mortalidad operatoria ha hecho que la mayoría de las clínicas quirúrgicas extranjeras adopten una política más radical en cuanto a lo que se considera como "úlceras gástricas benignas". Se ha dicho que un 10% de las lesiones ulcerosas gástricas son o pronto degeneran en carcinoma y (10, 16 —) que son muchos los casos que a diario se encuentran, que, habiendo sido tratados médicamente por un período considerable de tiempo, resultan ya irresecables cuando son sometidos a una intervención quirúrgica. Judd y Priestley en la Clínica Mayo (10) estudiaron un número de pacientes que habían sido tratados médicamente por úlcera gástrica y encontraron un error de diagnóstico de 9.6%. Es decir a casi diez pacientes en cien se les negó la oportunidad de curación de una lesión gástrica por someterseles tardíamente a una intervención radical. Es probable que esta cifra sea baja cuando se le compara con el posible error de diagnóstico en otras clínicas americanas y más aún en comparación con las cifras probables para nuestro medio.

En nuestro Hospital, el problema del cáncer gástrico a diario se presenta, agravado tal vez por la idiosincrasia de nuestra población y por falta de educación médica, que hace que la mayoría de los casos se presenten tardíamente, cuando ya ha pasado el período en el cual una amplia resección puede ser de algún beneficio. Creo que no sólo el paciente es de culpar por la tardanza, también el cuerpo médico comparte cierto porcentaje de responsabilidad en la tardanza del diagnóstico. Tal vez no tenemos un índice de sospecha lo suficientemente alto en cuanto al cáncer del estómago. En otros casos se hace el diagnóstico y no se le ofrece al paciente la oportunidad de ser sometido a una intervención quirúrgica, tal vez por una actitud demasiado fatalista en esta enfermedad. También entre nosotros existe el inevitable atraso "para darle oportunidad al tratamiento médico" con el resultado de que se pierden constantemente muchas buenas oportunidades de efectuar resecciones curativas.

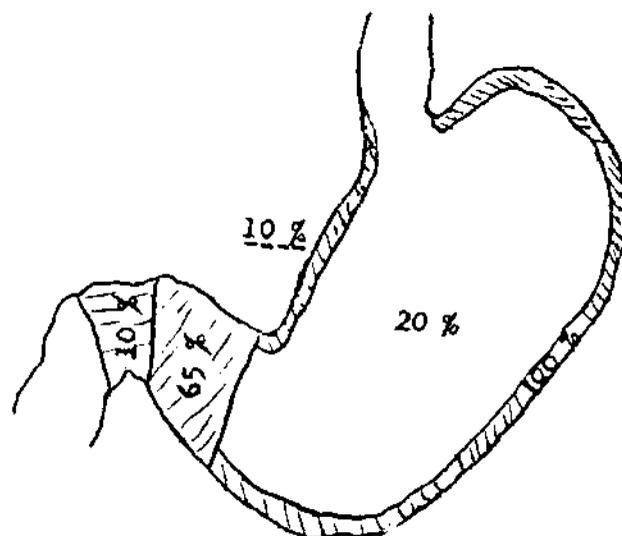
Es bien sabido que las estadísticas compiladas en otros países tienen que ser vistas con las reservas del caso y no existiendo estadísticas de nuestro Hospital que permitan darnos idea clara de la magnitud del problema, he decidido llevar a cabo este trabajo sobre carcinoma del estómago. Desgraciadamente y por las dificultades de trabajo de todos conocidas, toda la gran riqueza clínica y patológica que brinda el Hospital San Juan de Dios, no puede ser explotada en toda su extensión. He analizado las cartulinas de 735 pacientes, que presentan datos suficientes para dar por seguro el diagnóstico y para dar información que sea de valor en este estudio. Casos con diagnóstico

clínico solamente, no fueron aceptados. No pretendo insinuar que éstos sean todos los casos atendidos en el Hospital en el período 1941-1950, son más y desde luego creo que hay omisiones de casos que no pudieron ser localizados en las oficinas de estadística ni en listas particulares. Datos sobre temas de gran interés como lo son el período de sobrevivencia después de las intervenciones quirúrgicas y otros sobre sintomatología, no fue posible obtenerlos por la deficiencia manifiesta de las cartulinas y por la práctica extendida de no escribir información referente al progreso de los pacientes en su estadía en el Hospital. Esperamos sinceramente que si un análisis similar se intentara dentro de 10 años, mayor información sea obtenida, ya que se observa progreso constante en la compilación de datos en las cartulinas de cada paciente.

Patología

En 1793 Matthew Baillie (2) escribió su obra sobre patología, probablemente el primer estudio sistemático. En su capítulo sobre enfermedades del estómago menciona que el "cáncer es más común en el hombre que en la mujer". Eran ya conocidas varias formas y se creía que siempre comenzaba en el píloro. Después de 150 años, comenta John Homans, es poco más lo que sabe. Dentro de lo que se sabe además, está el hecho importante de que el cáncer gástrico puede ocurrir en cualquier parte del estómago, aunque en ciertas partes la lesión es más frecuente. También se ha hecho la observación, desconocida en aquellos días del comienzo de la patología sistemática, de que un porcentaje de úlceras gástricas puede dar origen a cambios neoplásicos en un número no pequeño ni despreciable. Todas las compilaciones de estadísticas de exámenes patológicos concurren en que la lesión es más frecuente en la zona o área llamada antro-pilórica, (1- 2. 3. 4. 7) luego en orden numérico descendente, en la pequeña curva, en el cardias, en la gran curvatura y finalmente en la pared posterior.

En cuanto al porcentaje de úlceras que luego se transforman en procesos neoplásicos, la cifra exacta no ha podido ni siquiera aproximarse y los porcentajes mencionados por diferentes autores varían grandemente (3. 4. 9). La cifra de 10%, sin embargo tiene una aceptación casi general. Hay ciertas áreas gástricas que parecen tener una mayor facilidad, por decirlo así, para el desarrollo del cáncer. Así tenemos que úlceras de la gran curva son en su casi absoluta totalidad, de carácter maligno. Sólo han sido reportadas 21 úlceras benignas de la gran curva, en la literatura médica universal, hasta el año de 1940 (1). En incidencia de propensión a la malignidad, sigue la región pre-pilórica, donde un 65% de las ulceraciones, son de naturaleza cancerosa.



Porcentaje de úlceras gástricas que resultan de naturaleza maligna al examen Histológico.
Pack and Livingstone (14).

En el presente estudio se pudo obtener información en cuanto a la localización del tumor en 548 casos. De éstos, en 26 casos la radiografía no fue lo suficientemente explícita en la descripción de la localización y este grupo ha sido separado en la tabulación como "sitio no bien especificado". En 80 casos la información en cuanto a la localización se obtuvo al verificar el examen post mortem.

TABLA N° 1

Localización	N° Casos	Porcentaje
1) Región antro pilórica	348	63.5%
a) Con estenosis	70	12.7%
2) Pequeña curva	104	18.9%
a) Sin especificar sitio	45	10.0%
b) Porción horizontal	19	3.4%
c) Tercio medio	40	7.3%
3) Gran curvatura	16	2.7%
4) Fondo y gran tuberosidad	19	3.4%
5) Pared Posterior	6	1.1%

6) Cardias, localizado	14	2.6%
7) Linitis Plástica	15	2.7%
8) Sitio no bien especificado	26	4.7%
	548	

La tabulación nos demuestra que un porcentaje bastante alto se localizó en la región antropilórica (63.5%). Si a esta cifra de 348 casos añadimos los 19 casos que se localizaron radiológicamente en la porción horizontal de la pequeña curva y que bien pueden ser considerados por muchos como carcinomas del antro, se aumentaría el porcentaje aún más para los procesos localizados en ese sitio. En la pequeña curva se encontraron 104, o sea un 18.9%. Las neoplasias del fondo gástrico y del cardias propiamente dicho, suman 33. Solamente dos de éstas fueron intervenidas y ninguna extirpada. Se presentaron 15 casos del tipo llamado linitis plástica, en los cuales el órgano se encontraba afectado en su totalidad con la formación de un canal alimenticio delgado y rígido. Uno de estos casos fue intervenido quirúrgicamente, pero murió al finalizarse la gastrectomía total.

En cuanto a la histología de las piezas, no fue posible conseguir toda la información deseada para formar estadísticas adecuadas.

De los reportes encontrados y analizados, se desprende sin embargo, de que la gran mayoría de las neoplasias lo fueron del tipo adenocarcinomatoso, lo que está en correlación con las estadísticas reconocidas. (1- 3- 4- 14).

Sintomatología

Se ha llegado a aceptar casi generalmente que no hay signo, serie de síntomas o síndrome que pueda considerarse patognomónico de carcinoma del estómago. En un grupo pequeño de pacientes, talvez más afortunados, la lesión se localiza en la región pilórica con la producción de un síndrome de estenosis. En éstos, la sintomatología es lo suficientemente característica como para poder hacer un diagnóstico. En la gran mayoría y desafortunadamente, el neo no produce síntomas definidos sino cuando ya se ha extendido lo suficiente para hacerlo irresecable. Esto es más desafortunado en aquellos casos en que el neoplasma se desarrolla en las llamadas áreas silenciosas: la pequeña curva, la pared posterior, el fondo gástrico.

La sintomatología de los textos, con las descripciones del tiempo de Leannec, de Osler y de Billroth debieran ser descartadas y totalmente abandonadas. Tales signos clásicos como masa abdominal, ganglios de Troisier, enflaquecimiento, no indican sino un estado muy avanzado de la enfermedad en la que ya nada absolutamente puede hacerse. Por lo contrario, debemos hacer énfasis en el diagnóstico temprano, cuando la lesión está en el período de resectabilidad. Para es-

to es necesario aumentar el índice de sospecha y pensar que cualquier sintomatología gastro-intestinal puede fácilmente ser debida a una neoplasia, y no descartarla de una manera ligera con el diagnóstico de una banal parasitosis. Lo más trágico es que miembros competentes de la profesión médica, aquí como en otras tierras, continúan cometiendo el grave error, esperando que el diagnóstico sea obvio, cuando ya no hay nada que se pueda ofrecer al paciente en vía de curación. (8).

Un análisis de los diagnósticos de admisión de los 735 pacientes nos revela la diversidad de cuadros clínicos con que se presentaron dichos casos. En la siguiente tabla se presenta la lista clasificada.

TABLA N° 2

Diagnóstico de Admisión	N° de Casos
Neoplasia gástrica	365
Observación, sin especificar	79
Úlcera gastro-duodenal	69
Estenosis pilórica, sin especificar	21
Malaria	17
Anemia, sin especificar	14
Neoplasia tracto intestinal	14
Neoplasia hepática	13
Parasitosis	9
Cirrosis hepática	7
Enfermedad de vesícula biliar	6
Diarrea, sin especificar causa	5
Senilidad	5
Hernia, diversos tipos	4
Hepatitis	4
Cardio-renal	3
Obstrucción intestinal	2
Hematemesis	2
Otras causas muy diversas	19
	735

Si tenemos en cuenta que la gran mayoría de los casos se presentaron al Hospital en un estado bastante avanzado de la enfermedad, no es de extrañarse que se hiciese el diagnóstico correcto al admitirse, en un considerable porcentaje. En 365 casos o sea 49.6% el diagnóstico fue de neoplasia o se sospechó la suficiente para ser admitidos en observación por dicha patología. Si a esta cifra añadimos 69 casos en que se sospechó la úlcera gastro-duodenal, más 21 casos de estenosis y otros 14 en que el diagnóstico fue de neoplasia de tracto intestinal, tenemos una suma de 469 casos (63.7%)

Como se ve, dolor fue la queja principal que más frecuentemente se dió con un promedio de 11.2 meses de duración. Es obvio que casi todos estos pacientes tenían un proceso muy avanzado cuando se presentaron a ser hospitalizados, ya que es conocido que el carcinoma es generalmente indoloro en sus fases iniciales. Náuseas y vómitos, como queja principal de admisión se presentaron en número mucho más reducido, en 73 casos y la duración promedio de dicha sintomatología lo fue en 64 casos, de sólo 2.6 meses. Tumor como motivo principal para recurrir al Hospital, se vió en 17 casos, con un promedio de 3.7 meses. Es indudable que la presencia de una masa en el abdomen es motivo mayor de alarma y es capaz de hacer presentarse a curación aún a los más renuentes individuos. En cambio ardores (pirosis) dieron un promedio de 23.7 meses (casi dos años) de duración en los 11 casos tabulados. La larga duración de la sintomatología, cuando ésta es de un carácter poco espectacular, nos hace pensar en que nuestra población en general recurre a nuestros centros hospitalarios, cuando ya ha pasado un largo tiempo del desarrollo de la enfermedad y aparentemente cuando toda esperanza de curación por remedios caseros o por aquéllos aplicados por bien intencionados e ignorantes vecinos, ha pasado.

Para comparación, me permito insertar una estadística similar de 182 casos de carcinoma del estómago, coleccionado por Pack y McNeer (16). También en ésta fue el dolor la queja principal. Los otros síntomas varían moderadamente en comparación a nuestro estudio.

Síntomas Principales	No. de Casos	Porcentaje
Total	182	100.00
Dolor	76	41.8
Llenura, presión, saciedad	27	14.8
Anorexia	20	11.0
Náuseas, vómitos	14	7.7
Dispepsia, indigestión	13	7.1
Debilidad y fatiga	9	4.9
Pérdida de peso	6	3.3
Síndrome de úlcera	5	2.7
Otros varios	12	7.0

(Pack and McNeer S. G. O. - Vol. 77, N° 4 - Oct. 1943).

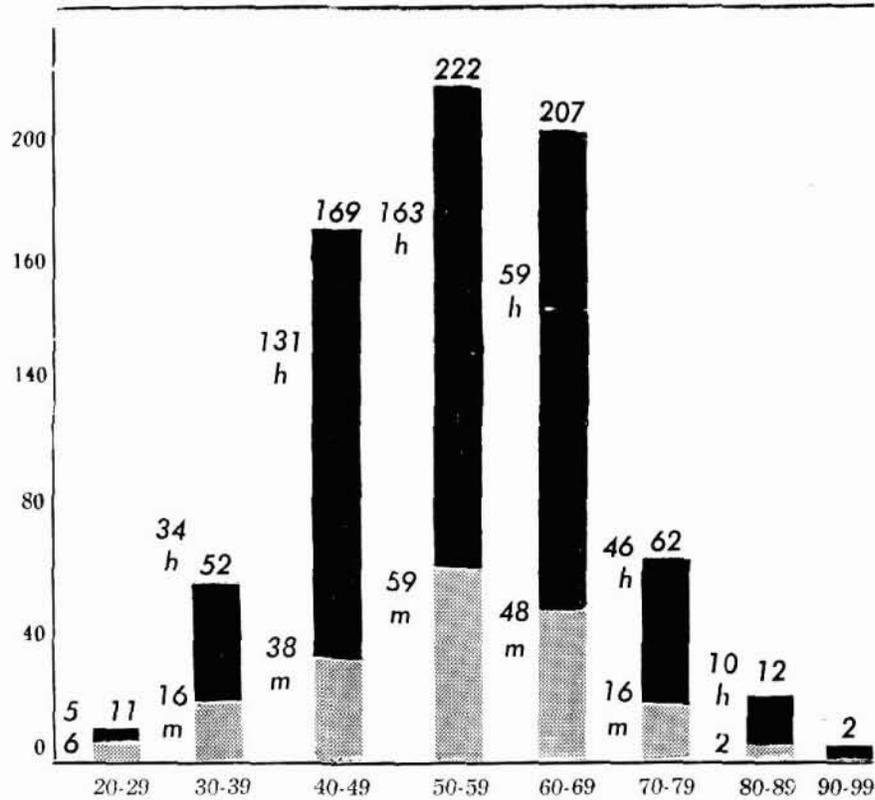
La edad de cuarenta años a sido dada desde décadas atrás como la edad a la cual comienza a hacerse común el carcinoma, incluyendo desde luego al carcinoma del estómago. Eusterman (7) nos dice que el 95 por ciento de los carcinomas del estómago ocurren después de los cuarenta años. Es cierto que la gran mayoría de estos procesos patológicos ocurren después de la cuarta década, pero

existe un porcentaje no despreciable entre los 20 y los cuarenta años. McNeer (12) nos ha dejado un excelente análisis de 501 casos de cáncer del estómago en personas de menos de 31 años. Varios puntos interesantes de este estudio de McNeer conviene mencionar. La relación de incidencia entre los dos sexos, más frecuentemente entre la población masculina como luego anotaremos, tiende a nivelarse entre los pacientes jóvenes. La sintomatología en el conceroso de menor edad se manifiesta con más frecuencia como un síndrome dispéptico, sugestivo de un proceso ulceroso gastro-duodenal. Generalmente estos pacientes no pierden tanto peso durante la evolución de su enfermedad, contrario a lo que se ve tan frecuentemente en el adulto afectado por el cáncer del estómago.

Entre los 735 casos analizados en el presente estudio, se encontraron 61 pacientes de menos de 40 años de edad, una incidencia de 8.3 por ciento. En cambio los pacientes cuya edad era mayor de los clásicos cuarenta años subieron a un total de 674, o sea un 91.7 por ciento, lo que se aproxima grandemente a la cifra mencionada por Eusterman. De los 61 pacientes entre los 20 y 40 años, se presentaron 39 hombres y 22 mujeres, una incidencia respectiva de 63.9 y de 36.1 por ciento. En el segundo grupo de 674 casos sobre la edad de cuarenta años, 510 fueron hombres (75.66%) y 164 mujeres (24.33%). Se puede observar en ambos grupos una mayor predominancia de los varones, pues se estudiaron un total de 550 hombres en todas las edades y 185 casos en mujeres, 74.82% y 25.18% respectivamente. Esto nos da una relación de tres hombres por cada caso de mujer, cifra que concuerda con la obtenida en la mayoría de las estadísticas de otros hospitales y países. El paciente más joven fue un varón de 21 y el más anciano, también varón, tenía 96 años.

GRAFICA No. 1

Gráfica de la Distribución de los 735 Casos por Edades y por Sexos



En la gráfica que acompaña el trabajo (gráfica N° 1) se ha dividido por edades y sexos los 735 que fueron estudiados para este trabajo. Se aprecia que el grupo más numeroso está comprendido entre las edades de 40 y 70 años. Grupos más pequeños se encuentran a los lados de ambos extremos, conforme comentamos anteriormente. La distribución por sexos en cada grupo se aprecia claramente.

En 254 pacientes se pudo palpar una **masa abdominal**, lo que da un porcentaje de 35.8. En una serie similar de 682 casos citada por Gaither (8), dicho autor encontró una masa abdominal en un 47.2 por ciento de sus pacientes. Es probable que el verdadero número de masas abdominales en el grupo estudiado en esta serie, sea más alto, ya que un gran porcentaje de los pacientes fueron so-

metidos a un examen físico muy breve y en varias decenas, no examen físico se hizo del todo.

Nelson, Clark, Myerson y compañeros (13) en 1950 han introducido el término de "shock crónico" para describir el estado de depleción de proteínas, hemoglobina y otros componentes esenciales de la sangre y sobre todo de la enorme disminución del volumen sanguíneo que ocurre en los pacientes crónicamente enfermos. Dichos autores consideran que muchos de los resultados poco alagadores que se obtienen en las intervenciones quirúrgicas en dichos enfermos, son debido a la poca atención que se ha prestado a la corrección de estas deficiencias en el período pre-operatorio. Es indudable que un alto porcentaje de los enfermos de esta serie, sufrieron de este estado de shock crónico. Sin embargo pocos son los estudios de laboratorio que se encuentran en las cartulinas. Algunos pacientes tienen determinación de hematocrito, la mayoría de los pacientes de los últimos años tienen por lo menos un hemograma. Esta determinación es insuficiente para obtener una idea exacta del estado nutricional.

Se escogieron los pacientes de los años 1949-1950 para tomar un promedio de la cifra de hemoglobina y glóbulos, considerando que un mayor porcentaje de estos años fue de esta determinación, y también porque en estos dos últimos años de la serie, las determinaciones se hicieron en gramos por 100 y no en porcentaje de hemoglobina.

De 161 pacientes que se encontraron en los años citados, se encontró estudio adecuado en 105. El promedio de hemoglobina por paciente en gramos es de 9.2 y el promedio de glóbulos rojos de 2.8 millones por milímetro cúbico. Ambas cifras son indudablemente muy bajas y nos demuestra el mal estado general en que se encontró al paciente-promedio.

Diagnóstico:

El diagnóstico de carcinoma del estómago no tuvo mayores dificultades en la mayoría de los casos sin duda debido a *lestado avanzado del proceso*. Ya mencionamos que en 365 casos se hizo el diagnóstico al admitirse el paciente al Hospital, en muchos casos ya confirmados por el estudio previo hecho por el médico enviante.

La *confirmación del diagnóstico y en algunos casos por casualidad*, se estableció en 575 casos por estudio radiográfico. En *sólo cinco casos* de los estudiados, se dió un reporte radiográfico negativo a la presencia de la neoplasia, siendo subsecuentemente encontrada en la autopsia o en la exploración quirúrgica. En 124 casos el diagnóstico se estableció o se confirmó por estudios post mortem. En 36 casos, la manera de diagnóstico fue a la exploración quirúrgica. Es de notarse que algunos de estos casos ya habían sido objeto de estudios radiológicos antes de ser ingresados al Hospital y por lo tanto no aparece en sus cartulinas el reporte de la serie gastro-duodenal.

Es interesante anotar que de 124 autopsias en 39 casos no se hizo el diagnóstico ante mortem. Si consideramos que muchos pacientes son internados al Hospital por sintomatología gastro-intestinal poco específica y que en su gran mayoría son dados de baja sin estudios gastro-duodenales, no podemos dejar de pensar en que quizás un grupo muy alto mueren en sus casas por causa de una neoplasia gástrica, que no fue diagnosticada. Talvez esta es la causa de que sólo 39 casos aparecen sin diagnóstico ante mortem. Si de otra manera consideramos que solamente se efectuaron 124 autopsias, la cifra de 39 casos sin diagnóstico adquiere caracteres más alarmantes. Hasta el año de 1950 ningún enfermo en mi conocimiento había sido sometido a gastroscopia, como medio de estudio y no se encuentra reporte, también hasta esa fecha, de exámenes de citología gástrica.

Tratamiento:

El único tratamiento que hasta el momento ofrece alguna esperanza de curación a los pacientes que sufren de cáncer gástrico, es la cirugía cuando se puede aplicar en los períodos iniciales de la enfermedad. Como se comentó anteriormente, notables progresos se han hecho en cuanto al tratamiento operatorio y los cirujanos en todas partes del mundo se han tornado más agresivos para la extirpación de dichos procesos, grandemente ayudados por los excelentes cuidados pre y post-operatorios que se pueden dispensar hoy. Sin embargo, y a pesar de los avances logrados, el tratamiento de las neoplasias gástricas continúa siendo a la larga, sumamente deficiente. En la mayoría de las clínicas, se puede obtener un promedio de un cinco por ciento de pacientes que sobreviven un término de cinco años después de una resección que se considere curativa. Otros reportes de clínicas que se han especializado en este tipo de cirugía, son desde luego, más halagüeños. Sobretudo con el creciente uso de la resección total del estómago, los resultados de series recientes, dan un porcentaje de "curas de cinco años" bastante apreciable. Pack y McNeer (15) en 1948 reportaron una sobrevivencia de un cincuenta por ciento en 16 pacientes operados por gastrectomía total. Leahy reporta (11) que un 21 por ciento de sus pacientes que fueron sometidos a una resección total, sobrevivieron más de tres años a la operación. Desde luego estos son reportes excepcionales y sólo son mencionados para dar una idea de esperanza de los que talvez se puede conseguir entre nosotros en un futuro no muy distante. La triste realidad sin embargo es que menos de un cinco por ciento sobreviven los cinco años. Como única esperanza, queda pues, la posibilidad de que más y más neoplasias sean descubiertas en sus períodos iniciales, dando así oportunidad al cirujano de poder efectuar resecciones que se consideren curativas. Hemos visto que en nuestro medio y por razones ya analizadas, son muy pocos los casos en los cuales se hace el diagnóstico precoz.

De los 735 pacientes aquí presentados, 296 fueron intervenidos o sea un promedio de 40.3 por ciento. La tabla a continuación es una división de las operaciones efectuadas.

TABLA N° 6

	N° Pacientes	Porcentaje
Inoperables	382	52.0
Rehusaron la operación	57	7.8
Laparotomía solamente	107	14.5
Operación paliativa	103	14.0
Gastrectomía	86	11.7
Total	<u>735</u>	

Para comparación, la tabla siguiente, tomada del libro de Walters Gray y Priestley sobre lesiones malignas del estómago (18), es copiada. Se tabulan aquí 10.890 casos vistos en la clínica de los hermanos Mayo desde el año 1907 hasta 1938.

TABLA N° 7

	N° Pacientes	Porcentaje
Inoperables	4648	43
Laparotomía exploradora	2431	22
Operación paliativa	1039	10
Gastrectomía	2772	25
Total	<u>10890</u>	<u>100</u>

Se puede apreciar la marcada diferencia entre una serie y la otra y aunque la comparación no puede hacerse sin reservas, es conveniente notar que la serie de la Clínica Mayo es anterior por muchos años a la nuestra, antes de la era de los antibióticos y de los bancos de sangre organizados. Aunque es indudable que el conocimiento quirúrgico y la destreza de los cirujanos, que como Balfour, Priestley, Walters, los mismos hermanos Mayo, tienen mucho que ver en la diferencia de resultados, es mi impresión de que el mejor estudio de los pacientes, las mejores condiciones generales de los mismos y tal vez un diagnóstico más temprano, son los factores que favorecen tan considerablemente la segunda serie mencionada.

Las 296 operaciones efectuadas han sido separadas en diversos grupos por el tipo de intervención y su resultado se aprecia a continuación:

TABLA N° 8

Años	N° de casos	Total Operaciones	Laparotomía solamente	Gastroenterostomía	Gastrostomía	Gastrectomía sub-total	Gastrectomía total
1941	38	11	2	6	0	3	0
1942	63	15	8	2	0	4	0
1943	71	18	6	7	0	5	0
1944	57	22	8	8	1	5	0
1945	79	39	13	12	0	13	1
1946	83	26	11	9	0	5	1
1947	81	30	6	12	0	12	0
1948	102	42	21	9	2	9	1
1949	70	45	10	17	0	11	1
1950	91	47	16	16	0	14	1
Totales	735	296	107	99	4	81	5

Se nota un progresivo aumento del número total de intervenciones y lo que es más importante un aumento en operaciones del tipo que pueden ser consideradas como curativas. Aunque el número de las gastrectomías totales es muy reducido hasta el año de 1950 que es cuando se cierra esta serie, es justo hacer notar que desde entonces al presente se han practicado estas intervenciones en un número creciente.

Desgraciadamente no se ha podido conseguir para su estudio a un número representativo de enfermos para ser estudiados en su estado post-operatorio. Hay relativamente pocas cartulinas de ingreso de pacientes operados y no se puede llegar a conclusión alguna con las que se estudiaron. Esta fase del estudio tiene por necesidad que quedar inconclusa. Es mi impresión de que solamente un número muy reducido de pacientes han sido beneficiados en cuanto a darles una sobrevivencia mayor de tres años. El mismo hecho de que en la gran mayoría de las notas operatorias y en los reportes radiológicos, se apunta tan frecuentemente que los procesos son muy avanzados, va en contra de que se pueda alcanzar un periodo de sobrevivencia comparable al obtenido en otras clínicas. Se practicaron 103 operaciones paliativas, 99 de ellas gastroenterostomías, y solamente cuatro gastrostomías.

Sumario y Conclusiones:

Se han analizado 735 casos de carcinoma del estómago de los vistos en el Hospital San Juan de Dios entre los años 1941-1950. Aunque la gran mayoría de las cartulinas de estos pacientes han estado muy pobremente atendidas, se ha logrado obtener algunas tablas estadísticas que nos han de ayudar al mejor entendimiento y evalua-

ción del problema que el carcinoma del estómago representa en nuestro medio.

Es la impresión y se ha logrado obtener confirmación estadística en el presente estudio, de que la gran mayoría de los casos de carcinoma del estómago que se presenta a nuestro Hospital se encuentran sumamente avanzados en su evolución. La duración de los síntomas principales y el cuadro clínico presentado al ingresar al Hospital, nos han demostrado la falta de educación y atención médica en nuestro pueblo, que hace que un alto porcentaje de los pacientes afectados por la neoplasia gástrica, sean ya inoperables cuando se ingresan al Hospital para su estudio y tratamiento. Se ha hecho hincapié en los avances habidos en los últimos años en cuanto al tratamiento por resecciones radicales de los tumores del estómago cuando éstos se encuentran en sus fases iniciales de desarrollo. En comparación, en nuestro medio hospitalario, la cantidad y amplitud de las resecciones hechas durante el período de estudio, ha sido considerablemente pequeño. Se cita el hecho de la tardanza del diagnóstico, por culpa del paciente y también en parte por falta de mejor estudio de los pacientes por los miembros de la profesión médica, como justificación de los pobres resultados operatorios en dichos pacientes, que en su mayoría se encuentran ya en estado nutricional lamentable.

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

- 1.—**Ackerman y del Regato.**
Cáncer. Diagnóstico. Tratamiento, Prognóstico. p. 501. UTEHA, 1951.
 - 2.—**Baillie, Mathew.**
La anatomía mórbida de algunas de las partes más importantes del cuerpo humano. Londres 1793, citado por D. C. Elkin. New England Journal of Medicine 245:997, 1951.
 - 3.—**Bockus.**
"Gastroenterology". Bockus, Henry L. W. Saunders, Pub.
 - 4.—**Boyd William.**
Text book of Pathology. Cuarta Edición. Lea & Febiger.
 - 5.—**Churchill E. D. and Sweet R. H.**
Transthoracic resection of tumors of the stomach and esophagus. Ann. Surg. 115: 897, 1942.
 - 6.—**De Amesti F.**
Gastric Carcinoma. S. G. O. 91: 112, 1950.
-

- 7.—Eusterman G. B. and Balfour D. C.
Stomach and Duodenum, pág. 958. W. B. Saunders Pub. 1935.
 - 8.—Gaither, Ernest H.
Benign and Malignant tumors of the stomach. *Text. Practice of Medicine* Vol. 7. Pág. 243. W. F. Prior Co. Publishers.
 - 9.—Graham Lempert E.
The incidence of malignancy in gastric ulcers *Surg. Gynec and Obst.* Dec. 1950.
 - 10.—Judd, E. S. Jr. and Priestley, J. T.
Treatment of Gastric Ulcer *Surg. Gyn. and Ob.* 77: 21. 1943.
 - 11.—Leahy F. H.
Total Gastrectomy for all patients with cancer of the Stomach: *Surg., Gynec. and Obst.* 90: 246, 1950.
 - 12.—McNeer G.
Cancer of the stomach in the young. *Am. J. Of Roengtenology* 45: 537, 1941.
 - 13.—Nelson W., Clark J. and Linden M. C.
Blood volumen studies in the depleted surgical patient. *Surgery* 28: 705. 1950.
 - 14.—Pack G. T. and Livingstone E. M.
Treatment of Cancer and Allied Diseases Vol. 2 Chap. LVII. 1940. Paul B. Hoeber.
 - 15.—Pack G. T. and McNeer G.
Carcinoma of the Stomach. On results in the treatment. Analisis of 795 cases. *Surgery* 24: 769. 1948.
 - 16.—Pack G. T. and McNeer G.
Total gastrectomy for cancer. *Inter. Abstract: Surgery* 77: 265. 1943.
 - 17.—Templeton J. Y., Gibbon J. H. and Allbritten F. F.
Total Gastrectomy *Surg. Clinics of N. A.* 1713, Diciembre 1951
 - 18.—Walters W., Gray H. K. and Priestley J. T.
Carcinoma and other malignant lesions of the stomach 1942. W. B. Saunders, Publishers.
 - 19.—Rhoads Jonathan E.
The diagnosis and management of carcinoma of the stomach. *Surgical Clinics of N. A.* 1705, Dic. 1951.
-