

**ONCOLOGÍA**

# **ANÁLISIS EPIDEMIOLÓGICO DEL CÁNCER GÁSTRICO EN EL SERVICIO DE CIRUGIA HCLVV 2009-2013**

Karen Rodríguez Segura\*  
Randall Castillo \*\*

**SUMMARY**

**The first cause of cancer mortality in Costa Rica is the Gastric Cancer, occupying most of the budget of our public health system. This study analyzed some epidemiological aspects that show the evolution of the disease between the years 2009-2013 in the population attached to HCLVV. The results show a higher prevalence in the males, in an average age of 64.7 years, living in the area of San Ramon. Most patients had the diagnosis by biopsy of adenocarcinoma. The surgical procedure used most often was the distal gastrectomy with D2 lymph node dissection and reconstruction in Y Roux.**

**PROBLEMA**

¿Cuáles son las características epidemiológicas de los pacientes con Ca Gástrico que fueron atendidos en el servicio de Cirugía del HCLVV entre los años 2009-2013?

**OBJETIVO PRINCIPAL**

Identificar las características epidemiológicas de la población con Ca Gástrico, durante los períodos 2009-2013, atendidos y operados en el HCLVV.

**OBJETIVOS SECUNDARIOS**

1. Analizar la prevalencia de cáncer gástrico en la población

de occidente.

2. Determinar el tipo de cirugía que se realiza en los pacientes de manejo quirúrgico.
3. Evaluar el protocolo de atención de los pacientes diagnosticados con Ca Gástrico, en el servicio de cirugía del HCLVV.

**INTRODUCCIÓN**

El Cáncer es una de las enfermedades con mayor repercusión en nuestro sistema de salud. Actualmente es la segunda causa de muerte en términos generales. La OMS en el 2004 estimó que la incidencia

\* Médico General

\*\* Jefe del servicio de Cirugía HCLVV

de Cáncer es de un 47% para los países desarrollados y un 53% para los países en vías de desarrollo. (1) El Cáncer gástrico ocupa la segunda posición en mortalidad en el mundo, es el cuarto en incidencia en Costa Rica y primero en mortalidad (6). En la última década se ha evidenciado una tendencia a la baja en incidencia sobre todo en países industrializados, aunque sigue manteniéndose los altos índices en países de Centro y Sur América (Costa Rica y Chile). En países como Estados Unidos la edad de presentación oscila los 71 años, donde los Hispanos y el bajo nivel socioeconómico están asociados a un riesgo mayor. (7) Con respecto a su distribución 39% se presentan en tercio superior del estómago, 17% en el tercio medio, 32% en el tercio distal y 12% lo abarca en su totalidad (7). Histológicamente hablando el 90% de los tumores en estómago corresponden a adenocarcinoma (3), y en menor proporción pueden encontrarse sarcomas, GIST, carcinoides, linfomas tipo MALT y leiomiosarcomas. (3). Existen muchos factores asociados al cáncer gástrico, como toda neoplasia cuyo origen es multifactorial, se deben tomar en cuenta aspectos heredo familiares (cáncer gástrico, cáncer hereditario de colon no poliposico, síndrome de Li- Fraumeni), nutricionales

como el consumo de nitratos y la dieta baja en vitamina A y C, obesidad, hábitos de fumado, historia de infección con H. Pylori, Epstein Barr, exposición a radiación, entre otros (4). La presentación clínica más común incluye pérdida de peso, dolor abdominal, náusea, vómito, anorexia, disfagia, melena, saciedad temprana. La mayoría de estos síntomas se presentan en los estadios avanzados, por lo que el diagnóstico oportuno es lo que mejora la sobrevida de estos pacientes. (7)

## MÉTODO

Este estudio de tipo retrospectivo y descriptivo, incluye todos los pacientes registrados en el servicio de Cirugía General del HCLVV con el diagnóstico de Cáncer Gástrico entre los años 2009-2013. Los pacientes contaban con endoscopía, clínica sugestiva de la patología, TAC de abdomen, ultrasonido de abdomen y en algunos casos serie gastroduodenal. Posteriormente se daba la confirmación histológica que en una buena parte correspondió a adenocarcinoma intestinal. Se excluyeron pacientes con neoplasias benignas, sin diagnóstico certero o que portaban neoplasias proximales pero no propiamente en cavidad gástrica. Al ser un estudio epidemiológico

se considera como aspecto fundamental determinar el tipo de población más afectada por la enfermedad, el promedio de edad al diagnóstico y la zona geográfica a la que pertenecen.

## RESULTADOS

En el servicio de cirugía del HCLVV se diagnosticaron y evolucionaron a 90 pacientes con Ca Gástrico entre los años 2009 y 2013; de los cuales 54 eran hombres, 60% de los pacientes, y 36 mujeres para un 40% de la muestra. La edad promedio de presentación de los pacientes fue de 64.7%. La zona donde se documentaron la mayor cantidad de casos fue San Ramón 47.7%, seguido de Palmares 27.7%, Naranjo 8.8% y Zarcero 5.5%. Cabe mencionar que un 10% de los pacientes pertenecían a diferentes zonas del país entre las que se encontraban Alajuela, Moravia y Grecia. Una particularidad que incide directamente en la región de San Ramón y que evidentemente puede alterar los resultados, es que, algunos pacientes al no realizarse este tipo de cirugía en sus hospitales de referencia, modifican sus documentos y actualizan sus datos con una dirección correspondiente a San Ramón para ser admitidos en el HCLVV. A un total de 39 pacientes se les realizó gastrectomía distal, y de

## Porcentaje Total de Pacientes por Genero

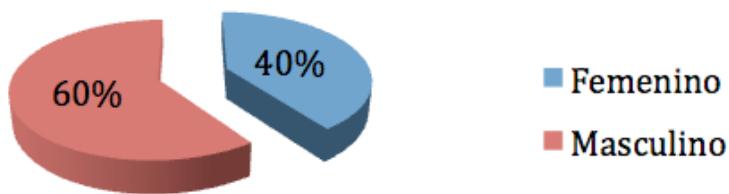


Gráfico 1. Porcentaje total de pacientes por género diagnosticados con Ca. Gástrico entre los años 2009 y 2013.

## Porcentaje Total de Pacientes por Zona

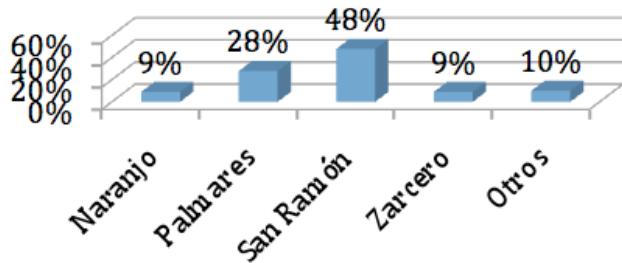


Gráfico 2. Distribución de los pacientes en las respectivas zonas donde se encuentran adscritos.

## Porcentaje Total de Pacientes por Rango de Edad

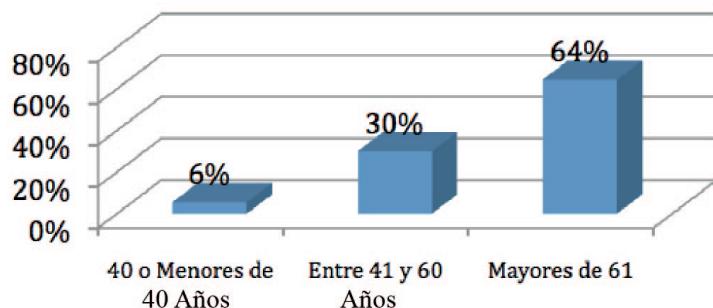


Gráfico 3. Porcentaje total de los pacientes diagnosticados según su rango de edad.

ellos a 12 gastrectomía total. 20 pacientes no fueron sometidos a la intervención quirúrgica por tres razones fundamentales: enfermedad irresecable, mala condición médica, o porque fallecieron previo a la cirugía por otras complicaciones. Es importante destacar que no hubo fallecidos transoperatoriamente.

## DISCUSIÓN

En la actualidad los casos de neoplasias malignas abarcan gran cantidad de la consulta así como del presupuesto de salud. Dicha situación no exime a los hospitales regionales los cuales muchas veces son los primeros en tener contacto con el paciente diagnosticado. Este comportamiento lejos de archivarse como dato estadístico, nos impulsa a establecer mejores sistemas de abordaje del paciente, mayor efectividad en su tratamiento y control y análisis de las condiciones que pueden incidir en la disminución de los casos. El presente estudio es una evidencia epidemiológica del comportamiento que ha tenido el Cáncer Gástrico en la población del HCLVV entre los años 2009 y 2013, la incidencia según género y distribución en las regiones. Durante el análisis de campo y recolección de datos, se determinó que los pacientes habían completado una serie de

estudios como US de abdomen, TAC abdomen, preoperatorios (Rx Tórax, Electrocardiograma, Hemoleucograma y bioquímica), y endoscopía con toma de biopsia. Una vez hecho el diagnóstico se les realizó el procedimiento quirúrgico el cual en la mayoría de los casos fue una gastrectomía distal con disección ganglionar D2, las piezas fueron analizadas en Patología del Hospital México y su control post quirúrgico fue seguido interdisciplinariamente por Cirugía, Oncología Médica y en algunos casos Radioterapia y Cuidados Paliativos. La mayor parte de las histologías evidenciaron que el tipo predominante es el Intestinal aunque se detectaron algunos casos de estirpe Difuso, en aquellos casos donde se anoto la descripción macroscópica, la mayoría fueron Bormann III. Lamentablemente no todos los expedientes analizados contaban con toda la información necesaria para estadiar los pacientes (reporte del TAC, análisis patológico de la muestra, entre otros), en algunos casos la información era insuficiente y en otros casos las notas de evolución no permitían determinar la presencia de complicaciones. Una de las razones por las cuales encontramos este fenómeno es por la referencia de los pacientes a un sistema superior de atención donde reciben su

tratamiento quimioterapéutico o de radioterapia y eventualmente puede existir infiltración o desvío de información. Por otra parte como hallazgo retrospectivo del estudio, se cuantifican los casos que se manejan en el servicio de cirugía del HCLVV, generando un análisis en el contexto de nuestro nivel de atención sobre lo que significan estos pacientes desde el punto de visto de control médico postquirúrgico, soporte nutricional y muchas veces psicológico. En promedio se realizan 18 cirugías por año. Este tipo de investigación nos permite tomar decisiones que impacten en el diagnóstico, tratamiento, sobrevida y mortalidad de los pacientes, creando estrategias de abordaje y control. Además abre las puertas a nuevos modelos de atención donde se puedan protocolizar los nuevos casos de manera que se recopile mejor la información y el paciente se abordado interdisciplinariamente y en el menor tiempo posible. Posteriormente se extiende la posibilidad de que esta base de datos que recopila los últimos cinco años de la experiencia del HCLVV, sea no sólo ampliada sino establecida como plataforma del servicio de cirugía en vías de optimizar la atención. Así como de posteriores estudios que evidencien la evolución de estos pacientes durante el tiempo, presencia de recidivas,

complicaciones o enfermedad a distancia.

## CONCLUSIONES

1. Actualmente el Cáncer Gástrico ocupa las primeras posiciones de mortalidad en nuestro país y alrededor del mundo.
2. En el HCLVV se realiza el diagnóstico y abordaje quirúrgico de los pacientes con neoplasia gástrica, siendo únicamente insuficiente en el momento en que sea necesario el uso de quimioterapia y/o radioterapia, en cuyo caso son referidos al Hospital México.
3. San Ramón es el área de atracción que más pacientes contempla en el estudio, bajo la variable de que muchos asegurados alteran el domicilio de sus documentos para poder acceder a una cirugía que no se realiza en sus hospitales.
4. Los hospitales regionales pueden proveerle al asegurado la cirugía que su patología de Ca. Gástrico requiere, lo cual significa un impacto no sólo médico sino también socio-económico al encontrarse cerca de su domicilio y sus familiares.
5. Existe un reto para optimizar el abordaje de los pacientes con Ca. Gástrico, de manera que se puedan detectar a

tiempo los casos y de esta forma mejorar su pronóstico y sobrevida.

6. Tomando en cuenta el crecimiento de la población, se puede deducir que en los próximos años existirá un aumento en la patología y por lo tanto en la cantidad de cirugías que se realizan.

## RESUMEN

La primera causa de mortalidad en cáncer en Costa Rica, es el Cáncer Gástrico ocupando gran parte del presupuesto de nuestro sistema de salud pública. En este estudio se analizan algunos aspectos epidemiológicos que evidencian la evolución de la enfermedad entre los años 2009-2013 en la población adscrita al HCLVV. Los resultados muestran una prevalencia mayor en el cantón de San Ramón, con

mayor incidencia en el género masculino, y una edad promedio de 64,7 años. La mayoría de los pacientes contaba con una histología correspondiente a adenocarcinoma. El procedimiento quirúrgico empleado con mayor frecuencia fue la gastrectomía distal con disección ganglionar D2 y reconstrucción en Y Roux.

4. MD. Moore A et al., ASCO SEP Medical Oncology Self-Evaluation Program Second edition, 2010.
5. Norton J., Blumberg R., Burakoff R., Current Diagnosis & Treatment. Gastroenterology, Hepatology & Endoscopy. Mc Graw Hill Lange, 2012.
6. Ortiz Barboza et al. Incidencia y mortalidad del Cáncer en Costa Rica 1990-2003. Ministerio de salud
7. Sleisenger and Fordtran's. Gastrointestinal and Liver Disease. Elsevier, Ninth edition, 2010. Chapter 54.
8. Subirat L., Guillén D., Algunas consideraciones actuales sobre el Cáncer Gástrico. Revista Archivo Médico de Camagüey. Vol. 15, N. 2, Marzo-Abril 2011.
9. Tamura W., Fukami N., Early Gastric Cancer and Dysplasia. Gastrointestinal Endoscopy Clin N Am 23(2013) 77-94
10. Vargas Chacón et al, Normas y Procedimientos para el tratamiento del cáncer en Costa Rica. Consejo Nacional de Cancerología. Pag 43-50.

## BIBLIOGRAFÍA