

ARTÍCULO ORIGINAL

Aspectos clínicos y endoscópicos del adenocarcinoma gástrico en pacientes de Las Tunas, enero de 2013 a enero de 2014

Clinical and endoscopic aspects related to Gastric Adenocarcinoma in patients from Las Tunas, January, 2013 to January, 2014

Autores: Dr. Liem Fonseca Chong*, Dra. Alina Torreblanca Xiques**

* Especialista de II Grado en Gastroenterología. Máster en Medicina Bioenergética y Tradicional. Profesor Asistente. Hospital General Docente "Dr. Ernesto Guevara de la Serna". Las Tunas, Cuba.

** Especialista de II Grado en Gastroenterología. Máster en Medios Diagnósticos en el primer nivel de atención de salud. Profesora Asistente. Hospital General Docente "Dr. Ernesto Guevara de la Serna". Las Tunas, Cuba.

Correspondencia a:

Dr. Liem Fonseca Chong

Correo electrónico: lien75@ltu.sld.cu, alinatb@ltu.sld.cu

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal, con el objetivo de caracterizar los pacientes atendidos por adenocarcinoma gástrico en el Hospital General Docente "Dr. Ernesto Guevara de la Serna" de provincia de Las Tunas, durante el periodo comprendido entre el 1 de enero de 2013 y el 1 de enero de 2014. El universo quedó constituido por todos los pacientes a los que se les realizó biopsia de estómago, por lesión sospechosa de adenocarcinoma gástrico, y la muestra por todos los pacientes con diagnóstico histológico de esta enfermedad. Para la obtención de los datos primarios se revisaron los expedientes clínicos de 23 pacientes con biopsia positiva. A partir de un cuestionario se recogieron y procesaron los datos y se interpretaron los resultados. Se encontró un predominio en el sexo masculino (69,5%), en los mayores de 51 años (30,4%) y en la población de raza negra (47,8%) con antecedentes de infección por *helicobacter pylori* (69,5%). El 43,4% de los pacientes debutó con una dispepsia prolongada, como síntoma predominante, y la imagen endoscópica más observada fue la úlcera cancerosa (12 casos), en relación con el patrón histológico difuso.

Palabras clave: ADENOCARCINOMA GÁSTRICO; HELICOBACTER PYLORI; ENDOSCOPIA.

Descriptores: ADENOCARCINOMA; NEOPLASIAS GÁSTRICAS; HELICOBACTER PYLORI.

ABSTRACT

A descriptive and cross-sectional study was carried out with the objective to characterize the patients with gastric adenocarcinoma at "Dr. Ernesto Guevara de la Serna" General Teaching Hospital in Las Tunas from January 1, 2013 to January 1, 2014. The universe included all the patients who underwent biopsy of the stomach for having a lesion suspicious of gastric adenocarcinoma, and the sample was formed by all the patients with a histological diagnosis of this disease. Primary information was obtained from the charts of twenty three patients whose biopsies were positive; a questionnaire was applied to collect and process the information, and to interpret the results. There was a predominance in male patients (69, 5%) in older than 51 years old (30,4%), in black patients (47,8%) with history of infection by *helicobacter pylori* (69,5%). A prolonged dyspepsia was the first and main symptom of the patients (43,4%) and the cancerous ulcer was the most frequent endoscopic image (12 patients) observed in relation to the diffuse histological pattern.

Key words: GASTRIC ADENOCARCINOMA; HELICOBACTER PYLORI; ENDOSCOPY.

Descriptors: ADENOCARCINOMA; STOMACH NEOPLASMS; STOMACH NEOPLASMS.



INTRODUCCIÓN

El estómago normal es la parte más amplia del tubo digestivo y está situado entre el esófago y el intestino delgado, tiene dos aberturas (cardias y píloro) y se suelen describir dos bordes o curvaturas: mayor y menor y dos superficies (anterior y posterior). (1) Este órgano tiene múltiples funciones relacionadas con el proceso digestivo: motora; secretora; de reservorio y regulación de la evacuación de los alimentos ingeridos; de modificación y adaptación de la composición química, pH y concentración de las comidas; antianémica, mediante la producción de factor intrínseco que propicia la absorción de la vitamina B12; de absorción de algunos nutrientes y de eliminación de ciertos productos tóxicos. (2) El adenocarcinoma gástrico es una tumoración maligna de origen epitelial y representa aproximadamente del 90 al 95% de todas las neoplasias malignas primarias del estómago; (3) es un cáncer común del tracto digestivo, que se presenta en todo el mundo. En la primera mitad de este siglo el adenocarcinoma gástrico constituía la primera causa de muerte en países desarrollados; su incidencia varía ampliamente según los países, siendo comparativamente elevada en Japón, China, Chile e Irlanda. (3) Se han identificado diversos factores de riesgo para este cáncer que incluyen el tabaquismo, la ingesta de sal, alimentos ahumados, nitritos y tocino, o poseer parientes de primer grado con historia de cáncer gástrico. También se vinculan a este cáncer los estratos socioeconómicos bajos, el sexo masculino, la raza negra, la presencia de adenomas gástricos, el grupo sanguíneo A, la anemia perniciosa, la gastritis atrófica, la enfermedad de Menetrier, el síndrome de Peutz-Jeghers con hamartomas gástricos y el antecedente de gastrectomía parcial por lesiones benignas, por lo menos 15 años antes. (4) Se estima que la única estrategia viable para alcanzar el objetivo sanitario de reducir la mortalidad por esta causa es la implementación de un programa de prevención secundaria mediante endoscopia selectiva en población sintomática, que permita aumentar la proporción de casos detectados en fases incipientes. (4-6) En la provincia de Las Tunas en los últimos diez años ha existido un incremento de la incidencia y de la mortalidad por cáncer gástrico, lo que justifica el estudio de esta entidad nosológica; es por ello que se realizó este estudio, con el objetivo de determinar la expresión poblacional del cáncer gástrico en el municipio de Las Tunas.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo transversal, con el objetivo de caracterizar el adenocarcinoma gástrico en el Hospital General Docente "Ernesto Guevara de la Serna", de Las Tunas, en el período comprendido entre el 1 de enero de 2013 y el 1 de enero de 2014. El universo quedó constituido por los pacientes, a quienes se les realizó biopsia de estómago por lesión sospechosa de adenocarcinoma gástrico y se tomaron como muestra pacientes con adenocarcinoma gástrico diagnosticado por biopsia mediante endoscopia. Se consideraron como variables la edad cumplida en años, el sexo, color de la piel y factores asociados como grupo sanguíneo A, antecedentes de cáncer gástrico, dieta, antecedentes de cirugía gástrica, tratamiento previo con radiaciones, antecedentes (de linfoma, úlcera gástrica, de infección por virus de Epstein-Barr o *helicobacter pylori*, gastritis crónica con atrofia gástrica, anemia perniciosa, pólipos gástricos), síntomas iniciales (asintomático, dispepsia prolongada, síndrome ulceroso, sangrado digestivo, disfagia, anemia, pérdida de peso, anorexia, abdomen agudo), clasificación de Borrmann (localizado polipoide, localizado ulcerado, infiltrativo ulcerado, infiltrativo difuso) y tipo histológico según clasificación de Lauren (difuso, gástrico, intestinal e intermedio). Los resultados se presentan en frecuencias absolutas y relativas.

La investigación se realizó acorde a las normas bioéticas establecidas de los procedimientos señalados, constituyeron parte de la normativa de trabajo estandarizada y se respetó la confidencialidad de la información recopilada en las historias clínicas e informe de anatomía patológica.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

La proporción de hombres es más del doble de las mujeres en los pacientes con adenocarcinoma gástrico (**tabla 1**), similar a lo encontrado por otros autores; (1-4) ello puede corresponder a la hipótesis sobre el papel que juegan los estrógenos en el retraso de la aparición de los cambios histológicos que se producen en la mucosa gástrica. (5, 6) Coincide también en cuanto a la edad, pues el 78% de los casos estudiados sobrepasaban los 50 años, hecho este que se ve incrementado por la cantidad de factores de riesgo que influyen en cada paciente, así como del tiempo en que inciden en los mismos. (3, 7-9)

TABLA 1. Pacientes con adenocarcinoma gástrico según edad y sexo. Las Tunas, enero 2013 - enero 2014

Grupos de edades	Sexo			
	Femenino		Masculino	
	No.	%	No.	%
Menores de 40 años	1	4,3	-	0
De 41 a 50 años	2	8,6	2	8,6
De 51 a 60 años	2	8,6	7	30,4
Más de 60 años	2	8,6	7	30,4
Total	7	30,4	16	69,5

La **tabla 2** muestra que el color de la piel negra aportó el mayor número de casos (47,8%), lo que se corresponde con lo reportado por otros autores para este tipo de tumor. (2, 10-12)

TABLA 2. Distribución del adenocarcinoma gástrico según el color de la piel

Color de la piel	No.	%
Blanca	4	17,3
Negra	11	47,8
Mestiza	8	34,7
Total	23	100

La infección por *helicobacter pylori* se diagnosticó en el 69,5% de los casos (**tabla 3**), asociación para la cual se proponen diversas hipótesis; la más

aceptada es la planteada por Correa quien sugiere que la bacteria, al infectar la mucosa gástrica, provoca una gastritis crónica atrófica multifocal, asociada con hipoclorhidria, lo cual facilita el sobrecrecimiento bacteriano y aumento de nitrosamina y nitrosamidas que tienen alta capacidad premaligna. (3, 8, 13, 14)

También, el pobre consumo de alimentos ricos en vitamina C, ya que la misma tiene propiedades antioxidantes y, en consecuencia, su disminución en el jugo gástrico favorece el desarrollo de tumores. (8, 15-17) Los antecedentes de gastritis crónica atrófica (47,8%) se explican a partir del consenso acerca de que el adenocarcinoma gástrico es precedido por una serie de cambios biológicos que incluyen gastritis crónica atrófica, metaplasia intestinal tipo I y displasia, que según su intensidad y persistencia incrementan el riesgo de contraer cáncer gástrico. (18-21)

TABLA 3. Factores relacionados con el adenocarcinoma gástrico en los pacientes estudiados

Factores asociados	No. de pacientes	%
Antecedentes de infección por <i>Helicobacter pylori</i>	16	69,5
Factores dietéticos	12	52,1
Antecedentes de gastritis crónica con atrofia gástrica	11	47,8
Antecedentes de anemia perniciosa	4	17,3
Grupo sanguíneo A	3	13
Antecedentes de úlcera gástrica	2	8,6
Antecedentes de pólipos gástricos	2	8,6
Antecedentes de cáncer gástrico	1	0,43
Antecedentes de cirugía gástrica	1	0,43

En la **tabla 4** se relacionan los principales síntomas iniciales de la enfermedad; el 43,4% de los pacientes comenzó con una dispepsia prolongada. En la patogenia del cáncer gástrico se le confiere un papel importante al *helicobacter pylori* y a toda una

serie de cambios inflamatorios a nivel de mucosa gástrica, que tardan un tiempo relativamente largo en producir esta afección y comienzan generalmente con estos síntomas. (7, 22-24)

TABLA 4. Síntomas iniciales en los pacientes con adenocarcinoma gástrico

Síntomas iniciales	No. de pacientes	%
Dispepsia prolongada	10	43,4
Síndrome ulceroso	5	21,7
Sangrado digestivo	4	17,3
Anorexia	2	8,6
Anemia	1	4,3
Pérdida de peso	1	4,3
Total	23	100

En la **tabla 5** se muestra la relación entre la imagen endoscópica y el tipo histológico. La forma endoscópica que predominó fue el localizado ulcerado en relación con el tipo difuso o gástrico, con 12 casos. En la actualidad estos resultados coinciden con la clasificación morfológica que han planteado diversos autores, como Bae y Emura. (21, 25) Conclusiones similares afirman la importancia de la realización de la mucosectomía endoscópica, como opción terapéutica ante un cáncer gástrico superficial. (25, 26)

TABLA 5. Relación entre la imagen endoscópica y el tipo histológico en el adenocarcinoma gástrico

Imagen endoscópica	Tipo histológico			
	Difuso o gástrico	Intestinal	Intermedio	Total
Localizado polipoide	1	1	1	3
Localizado ulcerado	12	1	0	13
Infiltrativo difuso	2	0	1	3
Infiltrativo ulcerado	3	0	1	4
Total	18	2	3	23

CONCLUSIONES

En la muestra estudiada el adenocarcinoma gástrico se presentó como una entidad que afecta con preferencia a los hombres y que aparece con mayor frecuencia después de los 50 años, asociado a la

infección por *helicobacter pylori*. La dispepsia prolongada es la forma típica de presentación clínica al inicio del diagnóstico. La imagen endoscópica más observada fue la úlcera cancerosa, en relación con el patrón histológico difuso o gástrico.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Ajani JA, Barthel JS, Bekaii Saab T, Bentrem DJ. NCCN Gastric Cancer Panel. Gastric Cancer. J Natl Compr Canc Netw. [serial on the Internet] 2010 Apr [cited 2014 Apr 16]; 8(4): 378-409. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20410333>.
2. Farreras Valentí P, Rozman Borstnar C. Farreras - Medicina interna. 15ª ed. Madrid: Elsevier, 2004.
3. Correa P, Piazuelo MB. Helicobacter pylori and gastric adenocarcinoma. US Gastroenterol Hepatol Rev [serial on the Internet] 2011 [cited 2014 Apr 16]; 7(1): 59-64. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21857882>.
4. Gómez Martín Alonso, Ricaurte Orlando, Gutiérrez Oscar. Costo efectividad de la endoscopia digestiva alta como prueba diagnóstica en una campaña para detección del cáncer gástrico. Rev Col Gastroenterol [serial on the Internet]. 2009 Mar [cited 2014 Apr 16]; 24(1): 34-50. Disponible en from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-99572009000100008&lng=en.
5. Miki K, Fujishiro M, Kodashima F, Yahagi M. Long-term result of gastric cancer screening using the serum pepsinogen test method among an asymptomatic middle-aged Japanese population. Dig Endosc 2009; 21(2): 78-81.
6. Cho SJ, Choi IJ, Kim CG, Kook MC. Risk factors associated with gastric cancer in patients with duodenal ulcer. Helicobacter [serial on the Internet]. 2010 Dec [cited April 2, 2009]; 15(6): 516-23. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21073608>.

7. Torres L, Rodríguez B. Principales factores de patogenia en la infección por *Helicobacter pylori*. Revista CENIC [serial on the Internet]. 2008, [cited April 2, 2009]; Apr; 39(1): 52-62. Disponible en: www.redalyc.org/articulo.oa?id=181214889011.
8. Correa P, Piazuelo MB, Wilson KT. Pathology of Gastric intestinal metaplasia. Clinical implications. *AM J Gastroenterol*. 2010; 105: 493-8.
9. Cassetti T, La Rosa F, Rossi L, D'Alò D, Stracci F. Cancer incidence in men: a cluster analysis of spatial patterns *BMC Cancer* 2008; 8: 344.
10. Hede K. Gastric Cancer. Trastuzumab trial results spur search for other targets. *Journal of the National Cancer Institute* 2009; 101(19): 1306-1307.
11. Yamashita K, Sakuramoto S, Nemoto M, Shibata T, Mieno H, Watanabe M. Trends in gastric cancer: 35 years of surgical experience in Japan. *World J Gastroenterol* 2011; 17(29): 3390-7.
12. Loh JT, Shaffer CL, Piazuelo MB, Bravo LE, Correa P. Analysis of cagA in *Helicobacter pylori* strains from Colombia populations with contrasting gastric cancer risk reveals of biomarker of disease severity. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 2011; 20: 2237-49
13. Bravo L, Bravo J. Fuentes de variabilidad en el diagnóstico de gastritis atrófica multifocal asociada con la infección por *Helicobacter pylori*. *Colombia Médica* [serial on the Internet]. 2008, Jan [cited April 2, 2009]; 39(1): 58-65. Disponible en: <http://colombiamedica.univalle.edu.co/index.php/comedica/article/view/550/942>
14. Páez Valery M.C, Barón M.A Solano L., Nadaff G, Boccio J, Barrado A. Infección por *Helicobacter pylori* (13C-UBT) y factores nutricionales y socioeconómicos asociados en escolares de estratos bajos de la ciudad de Valencia. *Venezuela. ALAN* [revista en la Internet]. 2006 Dic [citado 2014 Abr 16]; 56(4): 342-349. Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-06222006000400005&lng=es.
15. Pereira Borges N., D'Alegria Silva B. Comparison of the nutritional diagnosis, obtained through different methods and indicators, in patients with cancer. *Nutr. Hosp.* [serial on the Internet]. 2009 Feb [cited 2009 Apr 02]; 24(1): 51-55. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19266113>
16. Umit H, Tezel A, Bukavaz S, Unsal G, Otkun M, Soylu AR, et al. The relationship between virulence factors of *Helicobacter pylori* and severity gastritis in infected patients. *Dig Dis Sci* 2009; 54: 103-10.
17. Martínez Echavarría María Teresa, González Torres Maximino, Ferreira Capote Raúl, Mas Páez Juan Antonio. Genotipo cag A+ en cepas de *Helicobacter pylori* asociadas a úlcera péptica, gastritis crónica y cáncer gástrico. *Rev cubana med* [revista en la Internet]. 2008 Jun [citado 2014 Abr 16]; 47(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-7523200800020002&lng=es.
18. Katsunori I, Yasuhiko A. Serum biomarker tests are useful in delineating between patients with gastric atrophy and normal, healthy stomach *World J Gastroenterol*. 2009 February 21; 15(7): 853-859.
19. Cruz RJ Jr, Vincenzi R. Spontaneous intratumoral bleeding and rupture of giant gastric stromal tumor (> 30 cm) in a young patient *World J Surg Oncol*. 2008 Jul 15; 6:76.
20. Domínguez L, Ayala J, Henao F. Opciones quirúrgicas en carcinoma gástrico. *Universitas Médica* [serial on the Internet] 2006, Jul [cited April 2, 2009]; 47(3): 241-257. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=231018722004>
21. Emura F, Ricarte O, Mejia J, Osorio O, Oda I. ESD for early gastric cancer in Colombia. A western validation of the Japanese experience. *Gastrointest Endosc* 2009; 69(5): AB178.
22. Nakamoto S, Sakai Y, Kasanuki J, Kondo F, Oaka Y, Kato K, et al. Indications for the use of endoscopic mucosal resection of the early gastric cancer in Japan. A comparative study with endoscopic submucosal dissection. *Endoscopy*. 2009 Sep; 41(9): 746-50.
23. Snaith A, El-Omar EM. *Helicobacter pylori*: Host genetics and disease outcomes. *Expert Rev Gastroenterol Hepatol*. 2008; 2: 577-85.
24. Gorouhi F, Islami F, Barhami H, Kamangar F, Tumour necrosis factor-A: polymorphisms and gastric cancer risk: meta-analysis. *Br J Cancer* 2008; 98: 1443-51.
25. Bae JM, Lee EJ, Guyatt G. Citrus fruit intake and stomach cancer risk: a quantitative systematic review. *Gastric cancer*. 2008; 11: 23-32.

26. Emura Fabián, Mejía Juan, Mejía Marcela, Osorio Camilo, Hernández Carolina, González Iván et al . Utilidad de la cromoendoscopia sistemática en el diagnóstico del cáncer temprano y lesiones gástricas premalignas: Resultado de dos campañas masivas consecutivas de tamización en Colombia (2006-2007). Rev Col Gastroenterol [serial on the Internet]. 2010 Mar [cited 2014 Apr 16]; 25(1): 19-30. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-99572010000100008&lng=en.