

## Características de las Neoplasias Malignas en el Aparato Digestivo, Callao 1991 - 1995

ALEJANDRO BERMÚDEZ<sup>1</sup>, EDUARDO MONGE<sup>2</sup>.

<sup>1</sup>Estudiante del Sexto año de la Facultad de Medicina, <sup>2</sup>Profesor del Departamento de Medicina -U.N.M.S.M.  
Servicio de Gastroenterología «Dr. Meilach Burstein P.», Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión.

### RESUMEN

**Objetivo:** Conocer la distribución y algunas características de las neoplasias malignas del aparato digestivo en una población del Callao - Perú.

**Diseño:** Estudio descriptivo, retrospectivo, observacional.

**Contexto:** Servicio de Gastroenterología del Hospital Daniel A. Carrión, Callao-Perú.

**Participantes:** Fueron incluidos en el estudio todos los pacientes con diagnóstico de cáncer del aparato digestivo entre Noviembre de 1991 y Marzo de 1995. Se tomaron como casos todos los pacientes con diagnóstico de neoplasia maligna de aparato digestivo confirmado mediante estudio anatomopatológico, y considerándose positivo el cáncer de páncreas con una eco-tomografía (+) y PCRE sugerente de diagnóstico.

**Intervenciones:** Se revisaron los informes de endoscopías, colonosigmoidoscopías, laparoscopías, historias clínicas y PCRE, atendidos en el mismo hospital entre Noviembre de 1991 y Marzo de 1994.

**Resultados:** Se encontró 252 casos de cáncer del aparato digestivo, con 63,1% en varones. La neoplasia más común fue la de estómago, en 57,3% de los pacientes, seguida por la de colon y recto en 15,5% y en tercer lugar hígado en 9,1%. El 12% de cánceres gástricos se encontraron en menores de 45 años y solo el 22% se encontró limitado al antro. El 80% de los cánceres colorrectales se encontraron en colon descendente, sigmoides y recto. El cáncer de ampolla duodenal es encontrado 1,8 veces más frecuentemente que el de páncreas.

**Conclusiones:** El cáncer digestivo es más común en varones, siendo la localización más frecuente en el estómago. 12% de cánceres gástricos se observan en menores de 45 años. El 80% de neoplasias de colon son abordables por la proctosigmoidoscopia, además el cáncer de ampolla es la neoplasia periampular más frecuente.

*Palabras Clave:* Neoplasmas malignos, Oncología médica, Carcinoma, Sistema digestivo.

### CHARACTERISTICS OF MALIGNANT NEOPLASIAS AT GASTROINTESTINAL TRACT. CALLAO 1991-1995 SUMMARY

**Objetivo:** To find out the distribution and some characteristics of malignant neoplasias of the gastrointestinal (GI) tract in a population of Callao - Peru.

**Design:** A descriptive, retrospective and observational study.

**Context:** GI unit, Daniel Carrión Hospital, Callao, Peru.

**Participants:** Each patient with an histologically documented GI tract cancer, between November 1991 and March 1995, was included in the study. Pancreatic carcinomas were also considered with a positive CAT scan and/or ERCP study.

**Intervention:** Clinical records, upper GI endoscopic, colonoscopic, laparoscopic and ERCP reports of procedures done in the study period, were reviewed.

**Results:** 252 GI tract cancers, were included. 63.1% were males. The most common location was in stomach (57.3%), colon and rectum (15.5%) and hepatic carcinomas (9.9%). Gastric carcinoma was found in persons aged 45 or younger in 12% of cases. Only 22% of gastric cancers were located on the antrum. 80% of colorectal cancers were located on the left hemi-colon and rectum. Ampullocarcinoma was 1.8 times more frequent than pancreatic cancer.

**Conclusions:** GI tract cancer was more frequent in the male population. The most common location is stomach. 12% of the total were found in young patients. 80% of colon carcinomas are approachable by the sigmoidoscope. Ampullocarcinoma is more frequent than pancreatic cancer.

*Keywords:* Malignant neoplasms, Medical oncology, Carcinoma, Digestive system

---

#### Correspondencia:

Alejandro Bermúdez García  
Calle Rubens 147. San Borja  
Lima 41 - Perú

**INTRODUCCION**

Los tumores malignos son una patología frecuente en nuestro medio, siendo una causa muy común de defunciones en el mundo. De ellos, el tumor maligno del tracto digestivo, ocupa mundialmente uno de los primeros lugares. (1) Por tanto, conocer sus características, distribución y relaciones con la edad y el sexo, contribuyen al conocimiento de esta patología en nuestro medio, para poder mejorar la detección precoz y de esta manera ampliar las posibilidades de recuperación, mejorando la calidad de vida de los pacientes con el tratamiento oportuno.

La causa de muerte más frecuente entre los adultos en el Perú es la enfermedad cardiovascular seguida por la neoplasia maligna. De esta última, las neoplasias de la vía digestiva ocupan el primer lugar (2), siendo esto similar a lo que ocurre en otras partes del mundo (3). Recientemente, Nago (4) ha publicado una revisión de la frecuencia de las diferentes neoplasias del aparato digestivo en nuestro medio, estos datos son extraídos del Ministerio de Salud, que aun asumiendo un sub-registro significativo, es definitivamente uno de los indicadores más valiosos existentes en el Perú.

Este estudio está dirigido a conocer cual es la realidad de los tumores malignos digestivos en un centro de detección precoz de cáncer como lo es el Servicio de Gastroenterología «Meilach Burstein Pait» del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión del Callao-Perú.

En el presente trabajo describiremos cual ha sido la distribución de las neoplasias malignas del tracto gastrointestinal, en el H.N.D.A.C. durante el período noviembre 1991-marzo 1995, además de analizar localización, tipos histológicos, edad y sexo en los pacientes afectados con esta patología.

**MATERIAL Y METODOS**

El presente es un estudio descriptivo, retrospectivo y observacional. Se revisaron las historias clínicas, los reportes endoscópicos, colonoscópicos, pancreato-colangiográficos y laparoscópicos de los pacientes atendidos en nuestro servicio entre noviembre de 1991 y marzo de 1995; incluyéndose todo aquel paciente con neoplasia maligna del aparato digestivo. Se consideró como caso de estudio a todo aquel que tuviese confirmación histológica en el caso de esófago, estómago, colon, hígado y ampolla; considerándose como positivo el diagnóstico de cáncer de páncreas con una eco-tomografía (+) y PCRE sugerente del diagnóstico.

Para cada paciente se consignó edad, sexo, localización del tumor y fecha en que se hizo el diagnóstico.

**RESULTADOS**

Se estudió 252 casos de neoplasia maligna del aparato digestivo, 159 casos (63,1%) fueron hallados en hombres y 93 (36,9%) en mujeres. La edad promedio general encontrada fue de 59 años, siendo la menor edad 19 años y la mayor 94.

La distribución general del tumor maligno fue: 11 casos (4,3%) en esófago, 145 (57,5%) en estómago, 5 casos (1,9%) en

duodeno, colon y recto en 39 casos (15,4%), en hígado 23 casos (9,1%), páncreas con 10 casos (3,9%), en ampolla 18 casos (7,1%) y un solo caso en vesícula biliar (Tabla N° 1).

**Tabla 1.- Distribución de Casos por Ubicación del Cáncer**

Localización	n	Masculino	Femenino	%	Edad (x̄)
Esófago	11	7	4	4,36	68
Estómago	145	92	53	57,53	60
Duodeno	5	4	1	1,98	62
Colon y Recto	39	23	16	15,47	61
Hígado	23	13	10	9,12	57
Ves. Biliar	1	1	0	0,39	62
Ampolla	18	13	5	7,14	48
<b>Total</b>	<b>252</b>	<b>159</b>	<b>93</b>	<b>100,00</b>	<b>59</b>

En lo referente a las características de la neoplasia maligna, encontramos que del total de casos en esófago, 63,6% se ubicaron en el tercio inferior, el 81,8% (9 casos) fueron carcinomas epidermoides (Tabla N° 2), al mismo tiempo la edad promedio de presentación fue de 68 años.

**Tabla 2.- Características del Cáncer de Esófago. Localización y Tipo Histológico**

Tipo	Localización (%)			Total
	Tercio Sup.	Tercio Med.	Tercio Inf.	
Epidermoide	0 (0,0)	4 (44,4)	5 (55,6)	9
Adenocarcinoma	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (100,0)	2
<b>Total</b>	<b>0</b>	<b>4</b>	<b>7</b>	<b>11</b>

En el análisis del cáncer de estómago se observó compromiso limitado al antro en 32 casos (22,1%), en cuerpo y/o antro 66 casos (45,5%) y en fondo y/o fondo, cuerpo y antro en 41 casos (28,2%). La histopatología más frecuente fue el carcinoma indiferenciado con 74 casos (71%), frente al diferenciado, 61 (42%) casos (Tabla N° 3). En el resto de casos no se tuvo precisión de la patología. La edad promedio de presentación fue de 60 años, observándose que 17 casos (11,7%) se presentaron en menores de 40 años y 75 casos (51,7%) en mayores de 75 años (Tabla N° 4). A su vez la presentación de cáncer en fondo gástrico es similar tanto en menores de 40 años (29,4%) y mayores de 65 años (32%).

**Tabla 3.-** Características del Cáncer de Estómago. Localización y Tipo Histológico

Tipo	Localización				Total
	Fondo	Cuerpo	Antro	No Det.	
Indiferenciado	23	33	15	3	74
Diferenciado	13	30	16	2	61
No Determinado	5	3	1	1	10
Total	41	66	32	6	145

**Tabla 4.-** Características del Cáncer de Estómago. Grupo Etáreo y Sexo

Grupo	Sexo		Total
	Masculino	Femenino	
Menor de 40 años	8	9	17
Mayor de 65 años	56	19	75
Total	64	28	92

El duodeno presentó poca frecuencia de neoplasias malignas en nuestra muestra, con preferencia por el sexo masculino (80%) y una edad promedio de 62 años.

La neoplasia de ampolla se presentó preferentemente en el sexo masculino (72%) y se observó igualmente en pacientes menores de 40 años así como en mayores de 65 años. La edad promedio fue de 48 años.

En el colon y recto, observamos que el segundo presenta el mayor número de casos (54,3%) seguido por colon sigmoides y ascendente, 5 casos cada uno (14,3%), luego colon descendente (11,4%) y finalmente ciego y transversal con un caso cada uno (2,8%). La presencia en sexo masculino fue de 21 casos (60%) y en el femenino (40%). La edad promedio de presentación fue de 61 años. Se presentó en menores de 40 años, 4 casos todos en localización distal (descendente, sigmoides y recto), frente a los mayores de 65 años, donde 15 casos fueron de localización distal a predominio de recto con 11 casos y 3 en colon proximal (Tabla N° 5).

En hígado encontramos 23 neoplasias malignas de las cuales 14 (60,8%) fueron primarias y 9 metastásicas (39,2%) siendo la primaria más común en varones (71%) con una edad promedio de 57 años (Tabla N° 6).

**Tabla 5.-** Características del Cáncer de Colon y Recto. Localización y Sexo.

Localización	Sexo		Total
	Masculino	Femenino	
Ciego	1	0	1 (2,85%)
Ascendente	4	1	5 (14,28%)
Transverso	1	0	1 (2,85%)
Descendente	3	1	4 (11,4%)
Sigmoides	2	3	5 (14,28%)
Recto	10	9	19 (54,28%)
Total	21 (60%)	14 (40%)	35 (100,0%)

**Tabla 6.-** Clasificación de la Neoplasia Hepática según su Origen

Tipo	Masculino	Femenino	Total
Primario	10	4	14
Secundario	4	5	9
Total	14	9	23

## DISCUSION

En el mundo, la neoplasia digestiva, según múltiples series, se ubica dentro de las más importantes (3-6), encabezando la lista el tumor maligno de estómago (2-6), es por ello, la importancia de una prevención secundaria para evitar la muerte por este tipo de neoplasia en nuestro medio (4).

Para poder estructurar un plan de detección de cáncer de aparato digestivo, es necesario conocer la distribución de esta patología, de esta manera podremos optimizar los escasos recursos con los que contamos para el diagnóstico de los casos y así aumentar la esperanza de vida de nuestra población con el tratamiento oportuno.

Es así que tomamos como referencia la casuística del Servicio de Gastroenterología del HNDAC-Callao para determinar esta distribución en nuestro medio.

En poco más de tres años en este servicio se detectó 252 casos de neoplasia maligna de aparato digestivo. De ellos, se aprecia un mayor número de pacientes de sexo masculino, cabiendo resaltar que la atención en este servicio es similar tanto para población masculina como para femenina.

Entre los resultados encontrado observamos un gran predominio de cáncer gástrico, lo cual es semejante a lo reportado

en otras series nacionales (4), así como en Japón, Chile, Costa Rica, etc. (2), siendo éste más del 50% de la totalidad de los cánceres del aparato digestivo.

En lo referente a otras partes del aparato digestivo nuestra distribución es semejante a la de Nago (4), es decir ocupando el segundo lugar colon y recto, luego páncreas y esófago. La diferencia radica en la desproporcionadamente alta incidencia de cáncer de ampolla, que puede estar relacionada con los nuevos métodos diagnósticos como la PCRE, además, en este lapso de tiempo el servicio fue el único que contó (a nivel del Ministerio de Salud) con este tipo de equipo diagnóstico. A nivel de esófago la edad promedio fue de 68 años, es decir 10 años más que la edad promedio total, lo cual respalda la idea que el cáncer de esófago es más frecuente en ancianos (7). Al mismo tiempo, el carcinoma epidermoide se presenta en un porcentaje elevado, semejante a las series americanas (7); a la vez, la mayor incidencia en hombres sobre mujeres es semejante a otros estudios (3, 7). Se debe resaltar que la ubicación en tercio medio es elevada, similar a otros estudios.

A nivel de estómago, hallamos que la neoplasia es más común en hombres que en mujeres, como está descrito (3), en lo referente a edad es de recalcar que 12% de nuestra población son menores de 45 años, esto es importante porque a diferencia de lo que recomiendan autores europeos (8), en nuestro medio si es necesario descartar el cáncer gástrico en gente joven.

Es importante reconocer que el carcinoma indiferenciado es más frecuente que el diferenciado, como hacen referencia algunos estudios del mismo servicio (8, 10, Arrús y cols., comunicación personal).

Desde el punto de vista de manejo del cáncer gástrico, es importante determinar la localización de la neoplasia; hallando 22% limitado al antro, que en caso de tratamiento estarían sujetos a gastrectomía parcial (11), mientras que compromisos más altos (cuerpo y fondo) están sujetos a gastrectomía total.

En neoplasia maligna de colon debemos recalcar que el 80% de nuestros casos están localizados en colon distal (descendente, sigmoide y recto). Su importancia radica en la bondad del examen, pues mediante el estudio simple con proctosigmoidoscopia flexible, estamos evaluando un importante porcentaje de neoplasias en esta región. Es relevante manifestar que el 50% de neoplasia de colon proximal (ciego, ascendente y transversal) se presenta en mayores de 65 años (12), y ninguno en menores de 45 años, tal como lo reportado por Fleishner y col (13).

En lo referido a carcinoma periampular, en diferentes series (3, 4, 14) encontramos mayor frecuencia de cáncer de páncreas que de neoplasia maligna de ampolla; en nuestra serie por el contrario esta relación se invierte. Esto podría ser debido a la introducción de métodos diagnósticos como la PCRE, en nues-

tro servicio con lo que lo convirtió en centro de referencia para este tipo de estudio.

En nuestra serie en lo referente a cáncer hepático, el número de casos de tumor primario y secundario es semejante.

## CONCLUSIONES

1. El cáncer digestivo es 1,7 veces más frecuente en hombres que en mujeres, y esta relación es semejante en todas las ubicaciones.
2. El cáncer gástrico, es la neoplasia maligna del aparato digestivo más frecuente, con un porcentaje del 57,3%.
3. El 12% de cáncer gástrico se produce en personas menores de 45 años de edad.
4. El 80% de neoplasias malignas de colon, están al alcance de la proctosigmoidoscopia flexible.
5. El cáncer de ampolla, es la neoplasia maligna periampular más frecuente.

## BIBLIOGRAFIA

- 1) Lippman SM; Spitz M; Trizna Z. Epidemiology, biology, and chemoprevention of aerodigestive cancer. *Cancer* 1994; 74(9 Supp 1): 2719-25.
- 2) Silver E, Boring C, Squire T. *Cancer Statistics, 1990*. *Ca - A Cancer Journal of Clinicians* 1990; 40: 9-26.
- 3) Yamada T, Alpers D, Owyang C, et al. *Textbook of Gastroenterology 1° Edic.* J B Lippincott Company Philadelphia 1991.
- 4) Nago A. Epidemiología de las Enfermedades Digestivas *Gastroenterología III* 1994 5-15.
- 5) Faggiano F; Zantti R; Costa G. Cancer risk and social inequalities in Italy. *J Epidemiol Community Health* 1994; 48(5): 447-52.
- 6) Mc Credle M; Coates M; Grulich A. Cancer incidence in migrants to New South Wales 1972-91. *Cancer Causes Control* 1994; 5: 414-21.
- 7) Carl B, Wallach and Robert C, Jacobson. *Gastrointestinal Cancer in the Elderly*. *Gastroenterology Clinics of North America*. June 1990; 19: 273-292.
- 8) Williams B, Ellingham JHM, Luckas M, et al. Do young patients with Dyspepsia Need Investigation. *Lancet* December 1988; 2:1349-1351.
- 9) Beteta O, Lozano R, Monge E, et al Change in the histology type of gastric carcinoma. *Am. J. Gastroenterology* 1993; 88:787-7.
- 10) Szende B; Kendrey G; Lapis K; Lee PN; Roe FJ. Accuracy of admission a pre-autopsy clinical diagnoses in the light of autopsy findings: a study conducted in Budapest. *Hum Exp Toxicol* 1994; 13(10): 671-80.
- 11) Romero Torres Raúl. *Tratado de Cirugía*. México D.F. Nueva Editorial Interamericana 1 ed. Vol 2 1431-48. 1985.
- 12) Lin M; Hanai J; Wan Y; Du X; Gui L. Differences in colorectal cancer between China and Japan: a clinical a histological study of two groups of cases. *Eur J Cancer Prev* 1995; 4(2): 195-9.
- 13) Fleishner P, Slater G, Aufses A. Age and Sex distribution of patient with colo-rectal cancer. *Dis colon rect* 1989, 32: 107 -11.
- 14) Nakaizumi A; Uehara H; Iishi H; Tatsuta M; Kitamura T; Kuruoda C. Endoscopic ultrasonography in diagnosis and staging of pancreatic cancer. *Dig Dis Sci* 1995; 40(3): 696-700.