

## CARCINOMA DIGESTIVO EN JOVENES

Dr. César Benítez, Dr. Carlos Rosero

### RESUMEN

*Esta es una revisión retrospectiva de las características, manifestaciones clínicas y curso clínico-quirúrgico de los pacientes menores de 40 años que, siendo portadores de un carcinoma digestivo, fueron sometidos a una intervención quirúrgica en el Servicio de Cirugía General del Hospital Andrade Marín, en un período de seis años, comprendido entre enero de 1987 y diciembre de 1992. Se analiza, pues, la incidencia relativa de tumores digestivos malignos en enfermos jóvenes, el diagnóstico preoperatorio, el estadiaje intraoperatorio, los procedimientos quirúrgicos realizados, la morbilidad y mortalidad perioperatorias y la sobrevida lograda. Se encuentra que el 11.04 de tumores digestivos malignos han estado presentes en personas jóvenes. Los tumores más frecuentes han sido los de estómago. Todos se han encontrado en estadios avanzados de la enfermedad. Se han utilizado procedimientos quirúrgicos radicales, aprovechando la juventud de los pacientes, obteniéndose una mortalidad perioperatoria de 30 días de 2.7 o/o.*

### Material y Métodos

Se realizó una revisión retrospectiva de los pacientes portadores de tumores malignos y retroperitoneales intervenidos quirúrgicamente en el Servicio de Cirugía General del Hospital Andrade Marín de Quito durante un período de seis años, comprendido entre enero de 1987 y diciembre de 1992. Se realizaron un total de 489 operaciones por esta patología. En orden descendente de frecuencia, los tumores estuvieron localizados en:

Estómago	210	42.94 o/o
Colon y recto	131	26.78 o/o
Vesícula y vías biliares	52	10.63 o/o
Páncreas	36	7.36 o/o
Esófago	22	4.49 o/o
Retroperitoneo	21	4.29 o/o
Hígado	8	1.63 o/o
Peritoneo	5	1.02 o/o
Duodeno	4	0.81 o/o

El número total de casos presentados en enfermos menores de 40 años ha sido de 54, correspondiendo al 11.04 o/o del to-

tal. En lo sucesivo, se hace referencia solamente a estos 54 pacientes.

En cuanto al sexo:

Hombres	33 pacientes
Mujeres	21 pacientes

En cuanto a la edad:

Menores de 20 años	2
Entre 21 y 25	2
Entre 26 y 30	11
Entre 31 y 35	14
Entre 36 y 39	25

En cuanto a la procedencia geográfica:

De Quito	27
De poblaciones medianas o pequeñas de la Sierra	20
De poblaciones medianas de la Costa	7

En cuanto a ocupación:

Profesores	9
Empleadas domésticas	7
Empleados públicos	6
Diversas ocupaciones	32

En relación a las manifestaciones clínicas, su duración antes de acudir al Servicio de Cirugía fué de la siguiente manera:

Hasta seis meses	30
Siete a doce meses	7
Uno a dos años	11
Dos a tres años	1
Tres a cuatro años	2
Cuatro a cinco años	1
Cinco a seis años	1
Seis a siete años	1

El tumor maligno primario estuvo localizado en uno de los siguientes órganos, en forma descendente:

Estómago	20 casos	37.03 o/o
Colon y recto	19 casos	35.18 o/o
Vesícula y vías biliares	5 casos	9.25 o/o
Páncreas	4 casos	7.40 o/o
Retroperitoneal	4 casos	7.40 o/o
Esófago	1 caso	1.85 o/o
Hígado	1 caso	1.85 o/o

Existió documentación histológica en todos los casos, sea obtenida preoperatoriamente a través de un procedimiento endoscópico con toma de biopsia, o, transoperatoriamente, excepto en los casos de tumores pancreáticos y biliares, en algunos de los cuales no fué posible obtener un espécimen para estudio histológico.

En relación al estadiaje transoperatorio:

De los 20 tumores gástricos:

De acuerdo a la clasificación japonesa:

Estado I	2 casos
Estado II	3 casos
Estado III	7 casos
Estado IV	8 casos

De los 19 tumores colorrectales:

De acuerdo a la clasificación de Dukes:

A	
B	7 casos
C	8 casos
D	4 casos

En cuanto al estadiaje transoperatorio del resto de tumores, todos fueron casos avanzados, con metástasis ganglionares regionales, o con infiltración por vecindad a órganos adyacentes, o con implantes en la membrana peritoneal.

En cuanto a los procedimientos quirúrgicos realizados:

En los 20 tumores gástricos, la cirugía realizada fué:

Radical	en 17 enfermos
Exploradora	en 3 enfermos

En los 19 tumores colorrectales, la cirugía fué Radical en 16 enfermos  
Colostomía solamente en 3 enfermos

En el resto de tumores, la cirugía fué básicamente paliativa. En los localizados en vesícula y vías biliares, se realizaron fundamentalmente derivaciones biliodigestivas o intubaciones transtumorales quirúrgicas. Se realizaron dos duodenopancreatectomías cefálicas (Whipple), para un carcinoma del páncreas y para uno del colédoco distal (ampolla).

La mortalidad perioperatoria fué de dos casos, equivalente al 3.70 o/o. Recibieron radioterapia adyuvante los pacientes con tumores rectales en etapas C y D de Dukes. En cuanto a la sobrevida, se debe decir que el seguimiento de estos enfermos ha sido muy difícil e incompleto. De los pacientes que han fallecido ha sido difícil conocer la fecha de fallecimiento y su causa. Asumiendo que quienes fallecieron lo hicieron por su neoplasia, se puede establecer que:

De 17 casos de cáncer gástrico que tuvieron algún tipo de seguimiento:

Viven	12	equivalente al	70.58 o/o
Han muerto	5	equivalente al	29.41 o/o

De 15 pacientes con cáncer colorrectal que tuvieron algún tipo de seguimiento:

Viven	12	equivalente al	80 o/o
Han muerto	3	equivalente al	20 o/o

De cuatro pacientes con carcinoma de vesícula y vías biliares con algún seguimiento:

Vive	1	equivalente al	25 o/o
Han muerto	3	equivalente al	75 o/o

Un paciente operado de un carcinoma de ampolla está vivo. De los pacientes con cán-

cer de páncreas, han muerto tres, equivalente al 75 o/o.

## Discusión

Especial motivo de preocupación es la ocurrencia de neoplasias malignas en personas jóvenes, en edad productiva, con una expectativa larga de vida. Si bien la frecuencia de tumores malignos es mayor en pacientes de edad avanzada, la incidencia en jóvenes no es despreciable. (1). En relación a la procedencia geográfica analizada en este trabajo hay que comentar que, por un lado, la población de Quito está constituida en un porcentaje importante por gente proveniente de otras poblaciones, especialmente de la Sierra, y que, por otro lado, el Hospital Andrade Marín es un hospital de referencia de algunas provincias de la Sierra y de la Costa. En cuanto a la ocupación de los enfermos estudiados, ésta refleja en buena parte la ocupación de la población afiliada, tomando en cuenta que en los últimos años se atiende a un número importante de campesinos, quienes realizan labores predominantemente agrícolas. En relación a las manifestaciones clínicas, llama la atención que, en algunos casos, éstas estuvieron presentes durante algunos años. Esto puede traducir lo tardío de la consulta médica, o, puede reflejar, además, el retardo en el diagnóstico correcto por parte del médico que inicialmente ve al enfermo, o, finalmente, puede ser que esa sintomatología no correspondía a la neoplasia motivo de este estudio, sino a alguna patología asociada.

En cuanto a la falta de documentación histológica en algunos pacientes portadores de tumores biliares, esto se explica por la dificultad en obtener una biopsia, siendo los aspectos clínicos, radiológicos y operatorios los que fundamentan el diagnóstico. (2). Analizando el estadiaje de los tumores, es notable la preponderancia de etapas muy avanzadas; III y IV de la Clasificación Ja-

ponesa en carcinomas gástricos; C y D de la Clasificación de Dukes en carcinomas colorectales; y, en los otros tumores, diseminación locoregional y a distancia. En cuanto a la cirugía realizada, el término "radical" indica que se la ha realizado con fines curativos. En los casos de cáncer gástrico, esto implica la extirpación parcial o total del estómago con los epíplones y la resección de hasta la primera, segunda, o tercera barrera ganglionares, en las resecciones R1, R2, y R3, respectivamente. (3). En el cáncer colorrectal, la cirugía radical significa la extirpación amplia del colon o recto con extensa resección de los mesos, a fin de extirpar los ganglios linfáticos correspondientes, en lo cual se incluye la resección abdómino-perineal de Miles en los casos de carcinoma bajo del recto. (4). En los tumores biliares malignos, excepcionalmente es posible realizar exéresis de la neoplasia y la cirugía paliativa consiste en efectuar derivaciones biliodigestivas o intubaciones transtumorales. (5). Los tumores distales de la vía biliar principal, incluyendo los de la ampolla, o los tumores de la cabeza del páncreas, pueden ser extirpados mediante una duodenopancreatectomía cefálica. (6). La morbilidad postoperatoria de este tipo de cirugía es importante, constituyendo el mayor número de complicaciones se relacionan fundamentalmente con el aspecto básico de la enfermedad, que se acompaña de depleción nutricional, así como con la magnitud del procedimiento operatorio. Consideraciones semejantes son aplicables a la mortalidad perioperatoria. El tratamiento adyuvante con radioterapia o quimioterapia tiene poco beneficio estadísticamente comprobado en carcinomas de tubo digestivo, con excepción del cáncer rectal, en donde la aplicación de radioterapia hacia la pelvis ha demostrado reducir la recidiva local, aunque no ha prolongado la sobrevivencia. (7). Los protocolos que se utilizan para la administración de quimioterapia pueden ser utilizados en aquellos lugares en donde se realicen estudios clínicos experi-

mentales controlados y, el paciente que acepte someterse a ellos debe estar enterado del carácter y limitaciones de los mismos. (8). El seguimiento postoperatorio a largo plazo de los enfermos estudiados ha sido incompleto, por las condiciones limitantes de nuestro medio.

### Conclusiones

1. El 11.04 o/o de tumores digestivos malignos han estado presentes en pacientes jóvenes. Se recomienda, por tanto, a los médicos, tener en cuenta la posibilidad diagnóstica de una neoplasia maligna no solamente en enfermos de edad avanzada, sino también en los que se encuentran entre 20 y 40 años de edad.
2. Los tumores digestivos malignos más frecuentes en este grupo de pacientes han sido los de estómago, seguidos por los colorrectales y, luego, por los de la esfera biliar. En la población mayor a 40 años, el orden de frecuencia es el mismo, pero el porcentaje relativo de los mismos varía en el sentido de que la frecuencia relativa de cáncer gástrico es mayor (42.94 o/o) comparada con la de cáncer colorrectal (26.78 o/o). En los jóvenes la frecuencia de cáncer gástrico es de 37.03 o/o y la de cáncer colorrectal es de 35.18 o/o. Es decir, en los menores de 40 años, sube la incidencia de cáncer colorrectal y baja la de cáncer gástrico.
3. Estos pacientes han llegado al Servicio en estadios uniformemente avanzados. En carcinoma gástrico, el 75 o/o de pacientes han estado en estadios III ó IV. En cáncer colorrectal, el 63.15 o/o han estado en estadios C y D de Dukes. Los otros tumores han sido aún más avanzados. Es indispensable realizar esfuerzos para una detección más temprana de cáncer digestivo, incluyendo programas de "screening" masivo. Por mucho que mejoren las técnicas

quirúrgicas y los sistemas de soporte intra y postoperatorio, si los casos que se operan son tan avanzados, la sobrevida no mejorará.

4. En carcinoma gástrico y colorrectal ha habido tendencia hacia la cirugía radical. En cáncer gástrico, el 85 o/o de operaciones han implicado exéresis y en el colorrectal el 84.2 o/o. El cirujano ha preferido este tipo de cirugía en vista de la edad del paciente. Indudablemente que, el enfermo menor a 40 años está en mejores condiciones para tolerar una cirugía grande.
5. En los tumores biliares la exéresis no ha sido posible, realizándose procedimientos paliativos, excluyendo aquellos tumores situados en la región periampular, que son los que más frecuentemente pueden ser resecaados.
6. La mortalidad hospitalaria ha sido baja, a pesar de tratarse de neoplasias avanzadas, con todo el compromiso nutricional e inmunitario que ello implica. Esta mortalidad, del 3.7 o/o se explica por la juventud de los pacientes.
7. Si bien el seguimiento ha tenido muchas limitaciones, se puede deducir que quienes tuvieron mejor sobrevida fueron los enfermos afectados por cáncer colorrectal y, luego, los afectados por cáncer gástrico. Los que menor sobrevida tuvieron fueron los portadores de cáncer biliar y pancreático.

## Bibliografía

1. Byrne, J., Kessler, L., Devesa, S.: The prevalence of cancer among adults in the United States. *Cancer*. 69:8. 1992.
2. Benítez Arcentales C., Benítez Arregui C.: *Cirugía Biliar*. Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Central del Ecuador. Quito. 1983.
3. Csendes, A., Strauszer, F.: *Cáncer Gástrico*. Editorial Andrés Bello. Santiago de Chile. 1986.
4. Fazio, V., Tjandra, J.: Primary therapy of carcinoma of the large bowel. *World Journal of Surgery*. 15:5. 1991.
5. Scott Jones, R.: Palliative operative procedures for carcinoma of the gallbladder. *World Journal of Surgery*. 15:3. 1991.
6. Benítez Arcentales, C., Benítez Arregui, C.: *Cirugía Biliar*. Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Central del Ecuador. Quito. 1983.
7. Metzger, U.: Ajuvant therapy for colorectal carcinoma. *World Journal of Surgery*. 15:5. 1991.
8. Heine, J., Rothenberger, D.: Cost-effective management of colon and rectal cancer. *World Journal of Surgery*. 15:5. 1991.