

## ***La fibrogastroscofia y la topografía del cáncer gástrico en sus distintas variedades***

### ***Experiencia en el Instituto de Gastroenterología***

Por los Dres.:

ORLANDO NODARSE PÉREZ,<sup>10</sup> EDUARDO MANSO RODRÍGUEZ,\* profesor RAIMUNDO LLANIO NAVARRO<sup>11</sup>

Nodarse Pérez O., et al. *La fibrogastroscofia y la topografía del cáncer gástrico en sus distintas variedades. Experiencia en el Instituto de Gastroenterología. Rev. Cub. Med. 13: 4, 1974.*

Se analizan la clasificación anatomopatológica y la situación topográfica de 138 cánceres gástricos estudiados en el departamento de endoscopia del Instituto de Gastroenterología. Se exponen las características endoscópicas de las distintas variedades de cáncer gástrico. Se analizan los resultados, y se comprueba una vez más que el cáncer gástrico es más frecuente en la región antral, siendo significativas las diferencias de incidencia en las distintas zonas del estómago relacionadas con las formas anatomopatológicas del cáncer, ya que la neoplasia vegetante predomina en el cuerpo gástrico, mientras que las formas infiltrante y ulcerada predominan en la región antral.

#### INTRODUCCION

Existe abundante información sobre la distribución del cáncer en las distintas porciones del estómago, la mayoría de estas informaciones son resultados estadísticos de estudios radiológicos que coinciden con los informes al respecto, pero obtenidos a través de estudios estadísticos endoscópicos.<sup>1,2</sup>

En ese sentido se señala que entre el 80 y el 85% de los cánceres gástricos asientan en la zona del antro.<sup>1</sup>

Son escasas sin embargo las publicaciones que establecen la topografía del cáncer gástrico en sus distintas variedades y más escasas aun

las que lo sitúan en las distintas regiones del antro y del cuerpo gástrico.

En el presente trabajo analizaremos los resultados de la topografía del cáncer gástrico en los casos estudiados por fibrogastroscofia en el Instituto de Gastroenterología.

#### MATERIAL Y METODO

Se han tomado, de un total de 2 000 fibrogastroskopias realizadas en nuestro Instituto en el tiempo transcurrido entre enero del año 1970 a julio de 1972, ciento treinta y ocho pacientes portadores de cáncer gástrico.

La fibrogastroscofia fue realizada por los métodos habituales ya descritos en otras publicaciones y el diagnóstico definitivo fue establecido por biopsia dirigida.

---

<sup>10</sup> Especialista de 1er. grado en gastroenterología. Instituto de Gastroenterología.  
<sup>11</sup> Director del Instituto de Gastroenterología. Profesor de la Escuela de Medicina.

da, informes operatorios e informes necrópsicos.

#### *Aspectos endoscópicos.*

En general el diagnóstico gastroscópico del cáncer gástrico no ofrece mayores dificultades en lo que a los tipos vegetante e infiltrante se refiere. Respecto a la úlcera neoplásica las circunstancias son bien diferentes y el diagnóstico diferencial de ella con la úlcera péptica constituye, en ocasiones, el más difícil de los diagnósticos gastroscópicos.<sup>3,4</sup>

*El cáncer vegetante* se presenta casi siempre bajo la forma de una tumoración prominente hacia la luz gástrica, cuyo tamaño varía por supuesto con el tiempo de evolución de la lesión, casi siempre de color rojo blanquecino o rosado blanquecino, de superficie' completamente irregular por la presencia de mamelones en la misma que a veces le confiere aspecto de coliflor, no es raro observar en esta superficie ulceraciones de fondo sucio muchas veces con coágulos organizados en el mismo.<sup>4,5</sup>

La tumoración se muestra muy vascularizada y sangra fácilmente al ser lastimada con el endoscopio o la pinza de biopsia y cuando se palpa con la pinza se obtiene sensación de dureza, excepto cuando se tocan áreas necróticas, ocasiones en que ésta se hunde en el tumor.

Aparte de la dureza estas lesiones se caracterizan por ser muy friables y es habitual que al tomar la biopsia los fragmentos se desprendan en forma de trocitos irregulares. Estas neoplasias vegetantes se implantan en forma sésil en la mucosa gástrica (no hemos observado hasta ahora una neoplasia pediculada).

#### *Análisis de los resultados:*

De los 138 casos de neoplasia gástrica:

*El cáncer infiltrante gástrico* se presenta en la mucosa como un área irregular, casi siempre extensa en cuya superficie se aprecian nodulos de diferentes tamaños que a veces llegan a formar verdaderos mamelones. El área toda es de color rosado blanquecino y las nodulaciones suelen mostrarse enrojecidas. La mucosa afectada se muestra vascularizada y toma un aspecto apergaminado o encartonado. La lesión sangra también fácilmente y toda el área se muestra endurecida de manera tal que en muchas ocasiones la pinza muerde con dificultad la lesión. Además, en la superficie del área neoplásica se pueden observar erosiones y exulceraciones múltiples redondeadas o lineales y otras veces verdaderas úlceras con los caracteres de las úlceras malignas. Toda el área en su conjunto tiene el aspecto de una placa ligeramente prominente como superpuesta a la mucosa gástrica a veces en forma de meseta de poca elevación.<sup>4>B</sup>

*La úlcera típicamente maligna* presenta características en su situación, forma, proporción entre la extensión y la profundidad, alteraciones de los bordes y aspectos del fondo bastante particulares que permiten su diagnóstico. Para más detalles en los caracteres de la úlcera neoplásica nos remitimos a nuestro trabajo al respecto.

Nos hemos referido aquí a los aspectos endoscópicos del cáncer gástrico establecido y no hemos entrado a analizar la situación particular del cáncer precoz de estómago en el cual no poseemos experiencia propia y que por su interés e importancia constituye un capítulo aparte en la fibrogastroscofia.<sup>3</sup>

—48 casos correspondieron al tipo vegetante  
—57 casos correspondieron al tipo infiltrante  
—33 casos correspondieron a úlceras neoplásicas

(34,7%)  
(41,3%)  
(23,9%)

R. C. M.  
Jumo-Agosto, 1974

Las neoplasias gástricas se distribuyeron en la mucosa de la siguiente manera:

—Entre el cardias y el ángulo (suprangules)	45 casas I® que representa el	32,6%
—A nivel del ángulo	5 casos lo que representa el	3,7%
—Entre el ángulo y el píloro	88 casos lo que representa el	63,7%

Hubo un caso (un linfosarcoma) que en el momento de la endoscopia había invadido todo el estómago.

De las 48 neoplasias vegetantes de estómago, 28 de ellas se encontraban situadas por encima del ángulo lo que representa un 58,3%, dos a nivel del ángulo mismo lo que representa el 4,1% y las 18 restantes por debajo del ángulo lo que representa un 37,6%.

De los 28 casos de neoplasia vegetante situados por encima del ángulo 9 de ellos asentaban en la cara posterior, siete en la cara

anterior, cuatro en el fundus, cinco en la curvatura mayor y 3 en la curvatura menor.

De las 18 neoplasias vegetantes situadas por debajo del ángulo, 5 de ellas se encontraban en la región prepilórica y los 13 restantes alejadas del píloro.

De estas últimas 5 se situaron en la curvatura menor del antro, 3 en la cara posterior, 1 en la cara anterior, una en la curvatura mayor y 3 tomaban circularmente todo el antro.

Las 57 neoplasias infiltrantes se distribuyeron en la forma	siguiente:
—15 casos por encima del ángulo lo que representa	26,3%
—	1
caso a nivel del ángulo lo que representa	1,8%
—41 casos en el antro lo que representa	71,9%

De las 15 neoplasias infiltrantes situadas por encima del ángulo, 4 se ubicaron en la curvatura menor, 4 en la curvatura mayor, 4 en la cara posterior, 2 en la cara anterior y una tomaba todo el cuerpo gástrico.

De las 41 neoplasias infiltrantes situadas

por debajo del ángulo, es decir, en el antro, 17 tomaban ambas caras y la curvatura mayor, 11 se situaron en la cara posterior, 8 en la región prepilórica, 2 en la curvatura mayor, 1 en la curvatura menor y 1 en la cara anterior.

Las 33 úlceras malignas estaban repartidas de la siguiente manera:

—28 estaban situadas en el antro,	lo que representa un 84,8%
— 2 estaban situadas en el ángulo,	lo que representa un 6,1%
— 3 estaban situadas por encima del ángulo,	lo que representa un 9,1%

De las 28 úlceras neoplásicas situadas en el antro 14 fueron prepilóricas y 14 estaban en el antro pero alejadas del píloro, de estas últimas 8 asentaban en la cara posterior del antro, 4 en la curvatura menor y 2 en la cara anterior.

Las tres úlceras neoplásicas situadas por encima del ángulo se encontraban alejadas de la curvatura menor, 2 de ellas en la cara posterior y una en la cara anterior.

### CONCLUSIONES

En nuestra casuística al igual que lo informado por otros autores el cáncer gástrico predominó topográficamente en la región antral ya que del total: 88 neoplasias se

infiltrante y la de menos incidencia fue la forma ulcerada.

Entre los distintos tipos anatomopatológicos del cáncer gástrico hubo manifiestas diferencias en lo que a su localización to-

Tipo	Supra-Angulares	Antro	2 Angulo
Vegetantes	28 — 58,3%	18 — 37,6%	-4,1%
Infiltrantes	15 — 26,3%	41—71,9%	1 -1.8%
Úlcera neoplásica	3— 9,1%	28 — 84,8%	2 - 6,1%

situaron en la región antral y 45 por encima del ángulo lo que representa respectivamente el 63,7% y el 32,6%. Sólo 5 casos se encontraban ubicados a nivel del ángulo o sea un 3,7%.

Del total de 138 cánceres gástricos estudiados 48 casos (34,7%) correspondieron a la forma vegetante, 57 (41.3%) a la forma infiltrante y 33 (23,9%) a úlceras neoplásicas. Como puede observarse predominó la forma

pográfica se refiere.

Así observamos que la neoplasia vegetante presentó una mayor incidencia, 60%, a nivel del cuerpo gástrico, mientras que la forma infiltrante del cáncer gástrico tuvo una incidencia mucho mayor en el antro: 70%.

Igualmente sucedió con la úlcera neoplásica, que predominó también su localización a nivel del antro, pero en una proporción mucho mayor: 84%.

### SUMMARY

Nodarse Pérez, O., et al. *Fibrogastroscopy and topography in the different varieties of gastric cancer. Experience at the Institute of Gastroenterology. Rev. Cub. Med. 13: 4, 1974.*

Pathological classification and topographic location of 138 gastric cancers studied at the Endoscopy Department of the Gastroenterology Institute are analyzed. Endoscopic characteristics of different gastric cancer varieties are exposed. Results are analyzed and it is proved again that gastric cancer is more frequent in the antral region. It was also found that the differences of incidence were significant in the different stomach regions related to cancer pathological forms, since vegetative neoplasia prevails in gastric body, while the infiltrating and ulcerated forms prevail in antral region.

### RESUME

Nodarse Pérez, O., et al. *La fibrogastroscopie et la topographie du cancer gastrique dans ses diverses variétés. Expériences à l'Institut de Gastroentérologie. Rev. Cub. Med. 13: 4,*

Sur 138 cancers gastriques étudiés au département d'endoscopie à l'Institut de Gastroentérologie, on analyse la classification anatomopathologique et la situation topographique. Les caractéristiques endoscopiques de diverses variétés du cancer gastrique sont exposées. En analysant les résultats, on constate une fois de plus que le cancer gastrique est plus fréquente dans la région antrale, étant significatives les différences d'incidence dans les différentes régions de 1 stomac en rapport avec les formes anatomopathologiques du cancer, car la néoplasie végétante prédomine dans le corps gastrique. pendant que les formes infiltrantes et ulcérées prédominent dans la région antrale.

FE3KME

Honapce 0., h jrp. \$zóporacTpocKonHa z TonorpacpHH paita se^yjnca. OrmT b líHCTHTyTe racTpo3HTepojiorra. Rev Cub Med 13: 4, 1974.

ИпоBOjиHTeH anajin3 aHaTOMonaToatoruraecKo® miaccraJiccamiH h Tonorpa\$Hhec-Koro pacnojioaceHHH 138 паKOB scejijınca, n3yqeHHx b OTflejieHiiH shuockoiiiih ilHCTHTyTa racTpoaHTepojioruH. OimCHBaioTCH aimocKomraecKHe xapaKTepcic-thkh па3JiirqHHX bhsob pana xejiyjiica. ИпоBOPHTCfl aHajim3 py3yjitTaTOB h eme па3 nojiTBepamaeTCii, ito паK scejiypjca Haióojiee ^acTO noHBJineTCH b aHTpajiBHOM OTjejie. Oraie^aioTCH 3HaHHTeipbHHe pasjiOTHH b OTHOiaeHiie qac-toth corjiacHG па3jnnHUM OTjejiaM acejiyjiKa, CBH3aHHHM c aHaTOMonaTojiora- HecKHMH fopaaMH pana, TaK KaK BereTaTHBHan Heonjia3HH npeotijiapaeT b stejiyjiD^HOM Kopnyce, a EH\$iuBTpaTHBHaf h H3BeHHan \$opMH - b aHTpajiLK- om oraemie.

#### BIBLIOGRAFIA

1. *J. F. Monaghan, K. P. Nast. Gastroscopia. Gastroenterologia Bockus Tomo 1, Pag. 338-349, 1969.*
2. —*Tsutomu Kodokoro. Direct visión of the Stomach. Rev. Gastro Endoscopy. Vol. VIII no. 1-42. Pág. 20-26, 1966.*
3. —*Sakita T. Diagnóstico del cáncer precoz de Estómago. Rev. Recientes avances en Gastroenterologia. Vol. I. Pág. 279-281, 1967.*
4. *Henry Colcher. Gastrofotografía y Cinegastroscopia. Progresos en Gastroenterología Vol. I, Pag. 107-141, 1970.*