



UNIVERSIDAD DE ESPECIALIDADES ESPÍRITU SANTO
FACULTAD DE POSTGRADO
ESPECIALIDAD MÉDICA EN CIRUGÍA GENERAL

**“EVALUACIÓN DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL
ADENOCARCINOMA EN LA UNIÓN GASTROESOFÁGICA EN SOLCA
DESDE 1 ENERO 2011 – 30 ABRIL 2018”.**

**Trabajo de titulación presentado como requisito previo a optar al
Grado Académico de:**

ESPECIALISTA EN CIRUGÍA GENERAL.

MD. Pablo Paúl Ulloa Ochoa.
MD. John Paul Palomeque Bueno.

Tutor

DR. GUIDO PANCHANA EGUEZ

Samborondón, diciembre, 2018.

DEDICATORIA

Los resultados de esta tesis, están dedicados a todas aquellas personas que nunca dudaron de nosotros, y que siempre creyeron que tenemos la capacidad para alcanzar todo lo que nos propusiéramos.

AGRADECIMIENTOS

A DIOS todopoderoso por su infinita bondad y por permitirnos lograr tantas cosas hermosas en la vida.

Al Dr. Guido Panchana Eguez, nuestro tutor de tesis, por brindarnos la oportunidad de elaborar esta tesis en conjunto a su experiencia científica fundamental para la elaboración de la misma. Gracias.

A la Universidad de Especialidades Espíritu Santo y nuestros profesores, quienes han sido pilar fundamental en nuestra formación académica.

A nuestra familia por su apoyo incondicional en la elaboración de esta Tesis.

Y a todos los que de una u otra forma contribuyeron a la elaboración de este trabajo.

A todos ustedes GRACIAS.

UNIVERSIDAD DE ESPECIALIDADES ESPÍRITU SANTO

FACULTAD DE POSTGRADO

ESPECIALIDAD EN CIRUGÍA GENERAL

CERTIFICACION DEL TUTOR

EN MI CALIDAD DE TUTOR DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN DE
TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN CIRUGÍA
GENERAL DE LA FACULTAD DE POSTGRADOS DE LA UNIVERSIDAD
DE ESPECIALIDADES ESPÍRITU SANTO

CERTIFICO QUE: HE DIRIGIDO EL TRABAJO DE TITULACIÓN
PRESENTADA POR EL

LOS MÉDICOS PABLO PAÚL ULLOA OCHOA CON C.I. No.0926444183
Y JOHN PAUL PALOMEQUE BUENO CON C.I.0105483564

CUYO TEMA ES “EVALUACIÓN DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL
ADENOCARCINOMA EN LA UNIÓN GASTROESOFÁGICA EN SOLCA
DESDE ENERO 2011 – ABRIL 2018”.

REVISADO Y CORREGIDO SE APROBÓ EN SU TOTALIDAD, LO
CERTIFICO:

.....
TUTOR
DR. GUIDO PANCHANA EGUEZ

INDICE

DEDICATORIA	II
AGRADECIMIENTOS	III
CERTIFICACION DEL TUTOR	IV
RESUMEN	VIII
ABSTRACT	IX
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO I	2
1. EL PROBLEMA.....	2
1.1. Planteamiento del Problema.....	2
1.2. Pregunta del Problema.....	2
1.3. Objetivos	2
1.3.1. Objetivo General. –	2
1.3.2. Objetivos Específicos. -	3
1.4. Justificación.....	3
1.5. Factibilidad y viabilidad	3
2. MARCO TEÓRICO REFERENCIAL	4
2.1. Antecedentes del Estudio.....	4
2.1.1. Bases teóricas.....	6
2.1.2. Bases legales	12
2.1.3. Términos básicos.....	14
2.2. MARCO TEÓRICO OPERACIONAL.....	16
2.2.1. Sistema de variables.....	16
2.2.2. Sistematización de variables	16
3. MARCO METODOLÓGICO.....	20
3.1. Tipo y diseño de la investigación	20
3.2. Universo y población	20
3.3. Criterios de Inclusión y exclusión	20
3.4. Recolección de datos.....	21
3.5. Análisis de Datos	21
4. MARCO ADMINISTRATIVO	22
4.1. Recursos humanos	22
4.2. Recursos materiales	22
4.3. Recursos Institucionales.....	22
4.4. Recursos económicos	22

4.5.	Costo personal	23
4.6.	Costo material de investigación	23
4.7.	Costo total de investigación	23
5.	RESULTADOS	25
5.1.	Resultados	25
5.1.1.	Análisis e interpretación de resultados	25
5.2.	Discusión	31
5.3.	Conclusión	33
5.4.	Propuesta	35
6.	BIBLIOGRAFÍA.....	36
7.	ANEXOS	43

INDICE DE GRÁFICOS Y TABLAS.

INDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1: rangos de edades de pacientes.....	42
Gráfico 2: genero de pacientes.....	42
Gráfico 3: sobrevida en meses dependiendo de la cirugía.....	43
Gráfico 4: tipos de reconstrucción gástrica.....	44
Gráfico 5: ubicación del tumor según clasificación de Siewert.....	44
Gráfico 6: clasificación de los tumores según Bormann.....	45
Gráfico 7: clasificación de los sujetos según su estadio clínico inicia.....	45
Gráfico 8: clasificación histopatológica de los tipos de adenocarcinoma...	46
Gráfico 9: clasificación según el grado de diferenciación.....	47
Gráfico 10: pacientes que recibieron quimioterapia adyuvante.....	47
Gráfico 11: sujetos que recibieron radioterapia adyuvante.....	48
Gráfico 12: sujetos que recibieron terapia adyuvante.....	48
Gráfico 13: complicaciones postquirúrgicas globales.....	49
Gráfico 14: causas de las complicaciones postquirúrgicas.....	49
Gráfico 15: sujetos que presentaron metástasis.....	50
Gráfico 16: situación actual de los pacientes.....	50
Gráfico 17: sobrevida de los pacientes según el estadio.....	51
Gráfico 18: causas sin muerte sin relación a la cirugía.....	52

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Distribución de sujetos estudiados 17 según características de la población.....	24
Tabla 2. Sobrevida en meses según el tipo de cirugía.....	25
Tabla 3. Distribución de sujetos según Siewert y Bormann.....	25
Tabla 4. Clasificación de pacientes según el estadio oncológico.....	26
Tabla 5. Sujetos sometidos a terapia oncológica adyuvante.....	27
Tabla 6. Complicaciones posoperatorias y metástasis diagnosticada durante el seguimiento en pacientes.....	28
Tabla 7. Control y seguimiento postquirúrgico de pacientes.....	28
Tabla 8. Sobrevida en meses según la distribución del Estadio oncológico.....	29

EVALUACIÓN DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL ADENOCARCINOMA EN LA UNIÓN GASTROESOFÁGICA EN EL ION – SOLCA (ENERO 2011 – ABRIL 2018).

Autores: Pablo Paúl Ulloa Ochoa y John Paul Palomeque Bueno.

Tutor: Dr. Guido Panchana Eguez.

RESUMEN

A nivel mundial el cáncer gástrico tiene una alta incidencia y morbimortalidad, en el Ecuador es la tercera causa de muerte por cáncer y su abordaje terapéutico concibe diferentes esferas, tanto por su ubicación como por su pronóstico y este va de la mano a la posibilidad de ser quirúrgicamente resecables. El objetivo fue determinar la técnica quirúrgica ante un adenocarcinoma de la unión gastroesofágica según el estadio que proporciona mayor sobrevida. Se realizó un estudio, retrospectivo, correlacional de diseño no experimental transversal en el Instituto Oncológico Nacional - SOLCA* "Guayaquil", desde enero 2011 hasta abril del 2018. Se incluyó a todos los pacientes que fueron intervenidos quirúrgicamente con diagnóstico de tumor maligno de estómago (Adenocarcinoma) de la unión gastroesofágica con intención curativa. Se tomaron en consideración variables como: edad, género, estadio oncológico, tratamiento neoadyuvante, quirúrgico, adyuvante, localización, diferenciación e infiltración tumoral, complicaciones postquirúrgicas y situación actual del paciente. Con una población, comprendida por 17 pacientes. Los resultados obtenidos demostraron que, la localización más frecuente fue Siewert Tipo III en once pacientes (64,7%), la mayoría de pacientes acudieron estaba en estadio III, la gastrectomía total fue la técnica más utilizada con 10 pacientes (67.9%), la reconstrucción fue en Y de Roux 70.59%, las complicaciones no estuvieron en relación con la cirugía, 4 pacientes (23.5%) tuvieron una sobrevida de 27 meses siendo la mayor en el presente estudio. Se concluye que la gastrectomía total es la técnica de elección para el cáncer de la unión gastroesofágica Siewert III y estadios I, II y III, ya que posterior a la misma se evidenció mayor sobrevida y una menor morbimortalidad superando a la gastrectomía parcial superior o polar, sin embargo, podemos indicar que el pronóstico estará no solo de la técnica, sino que se acompañará del estadio inicial.

PALABRAS CLAVES: Adenocarcinoma, unión gastroesofágica, Siewert, gastrectomía, sobrevida.

ABSTRACT

Worldwide gastric cancer has a high incidence and morbidity and mortality, in Ecuador it is the third cause of cancer death and its therapeutic approach conceives different spheres, both because of its location and its prognosis and this goes hand in hand with the possibility of be surgically resectable. The objective was to determine the surgical technique before an adenocarcinoma of the gastroesophageal junction according to the stage that provides the greatest survival. A cross-sectional, non-experimental design correlation study was conducted at the National Oncology Institute - SOLCA * "Guayaquil", from January 2011 to April 2018. All patients who underwent surgery with a diagnosis of malignant stomach tumor were included. (Adenocarcinoma) of the gastroesophageal junction with curative intent. Variables such as age, gender, oncological stage, neoadjuvant treatment, surgical, adjuvant, location, differentiation and tumor infiltration, postoperative complications and current patient situation were taken into consideration. With a population, comprised of 17 patients. The results obtained showed that, the most frequent location was Siewert Type III in eleven patients (64.7%), the majority of patients attended was stage III, total gastrectomy was the most used technique with 10 patients (67.9%), the reconstruction was in Roux-en-Y 70.59%, the complications were not related to the surgery, 4 patients (23.5%) had a survival of 27 months being the highest in the present study. It is concluded that total gastrectomy is the technique of choice for cancer of the gastroesophageal junction Siewert III and stages I, II and III, since after it was shown greater survival and a lower morbidity and mortality surpassing superior or polar partial gastrectomy, however, we can indicate that the forecast will be not only of the technique, but will be accompanied by the initial stage

KEY WORDS: Adenocarcinoma, gastroesophageal junction, Siewert, gastrectomy, survival.

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades no transmisibles (ENT), son ahora responsables de la mayoría de enfermedades y el cáncer se ubica como la primera causa de mortalidad en menores de 70 años de edad en 91 de 172 países según la Organización Mundial de la Salud (OMS). (1) Las estimaciones GLOBOCAN 2018 de incidencia y mortalidad del cáncer varían según la región, se estima que habrá 18.1 millones de nuevos casos de cáncer y 9,6 millones de muertes por cáncer en 2018. (1)

El cáncer gástrico a nivel mundial es responsable de un millón de casos nuevos y es responsable de 783000 muertes los que equivale a 1 de cada 12 muertes por año, convirtiéndose en el quinto más frecuente diagnosticado y la tercera causa principal de muerte por cáncer. (1) Las tasas son dos veces más altas en hombres que en mujeres y es la primera de causa de muerte en varios países asiáticos y occidentales. (1)

En Guayaquil se evidencia la tendencia creciente de los casos de cáncer de un 4% anual, reportándose 4296 casos en el año 2017, siendo estos 63% en mujeres y 37% en hombres, según la frecuencia del tipo de cáncer en los hombres el de estómago ocupa el cuarto lugar con un 7.7% en el mismo año. (2)

El incremento de cáncer gástrico está relacionado a factores de riesgo, varios de los cuales están ligados al desarrollo socioeconómico y su poca promoción en salud, además esto conlleva a un diagnóstico en etapa tardía por lo que lo convierte en ser altamente mortal. El objetivo de esta investigación será determinar la técnica quirúrgica que proporciona mayor sobrevida en pacientes con diagnóstico de adenocarcinoma de la unión gastroesofágica y reconocer los factores que están incidiendo en el aumento de mortalidad y con esto proponer posibles soluciones que ayuden a aumentar la supervivencia de pacientes con cáncer gástrico.

CAPÍTULO I

1. EL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del Problema

El cáncer gástrico en la población ecuatoriana tiene una alta incidencia por los distintos factores de riesgo que se encuentra sometida, es un problema de salud pública y la gran mayoría de pacientes son diagnosticados en etapas avanzadas o tardías generando una alta tasa de morbimortalidad.

El tratamiento del cáncer de la unión gastroesofágica es multidisciplinario y pueden existir antecedentes patológicos personales o hereditarios que estuvieron en relación con el origen de esta patología, lo que conlleva un desafío para establecer un tratamiento curativo.

El cardias está en contacto con lóbulo hepático izquierdo, pilar derecho del diafragma, esófago, fondo gástrico, la aorta y linfáticos por lo que podría incrementarse su posibilidad de diseminación cancerígena, resulta un reto para el cirujano abordar esta patología ya que es un sistema valvular, además su resección implica márgenes oncológicos libres y que el tubo digestivo quede funcionando.

El manejo quirúrgico es controversial por la ubicación del cardias y se han expuestos distintas técnicas quirúrgicas para su resección, por lo que es importante determinar la relación de la técnica quirúrgica con la sobrevida y morbimortalidad del paciente.

1.2. Pregunta del Problema

Cuál es la técnica quirúrgica ante un adenocarcinoma de la unión gastroesofágica según el estadio que proporciona mayor sobrevida, cuál su incidencia, prevalencia y morbimortalidad.

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo General. –

Determinar la técnica quirúrgica ante un adenocarcinoma de la unión gastroesofágica según el estadio que proporciona mayor sobrevida.

1.3.2. Objetivos Específicos. -

1. Caracterizar la población a estudiar, como edad, género, ubicación del tumor según Siewert, tipo de cirugía empleada, neoadyuvancia previa a la cirugía, adyuvancia postquirúrgica, clasificación histológica, clasificación de Bormman, fecha de la cirugía, fecha de la última consulta.
2. Cuáles son las complicaciones postquirúrgicas, causas de muerte, sobrevida en meses, situación actual del paciente.
3. Identificar la sobrevida según el estadio clínico inicial y postquirúrgico.

1.4. Justificación

Se desconoce el factor predominante en la morbimortalidad de pacientes con adenocarcinoma de la unión gastroesofágica intervenidos quirúrgicamente atendidos en Solca (2011 enero 1 – abril 30 2018), existe una alta tasa de mortalidad y esto tiene un impacto y repercusión sobre distintos aspectos que engloba esta patología como diagnóstico, terapéutica y seguimiento.

El paciente oncológico es vulnerable ya que está cursando una enfermedad catastrófica y peor aún altamente letal como es el cáncer gástrico, con el presente estudio se generará un beneficio para estos pacientes.

La motivación del estudio es conocer los beneficios y debilidades de diversas técnicas quirúrgicas para la resección de los tumores cardiales, generando un impacto positivo en disminuir la morbimortalidad y con esto aumentar la sobrevida.

1.5. Factibilidad y viabilidad

Factibilidad: El estudio se realizará en el Instituto Oncológico Nacional – SOLCA localizado en Guayaquil, en las calles Av. Pedro Menéndez Gilbert y Atahualpa, a través de las revisiones de historias clínicas proporcionadas por el departamento de estadística de dicha casa de salud.

Viabilidad: Se cuenta con la aprobación del jefe del Servicio de Cirugía, jefe de Docencia y acceso a las historias clínicas de los pacientes.

CAPÍTULO II

2. MARCO TEÓRICO REFERENCIAL

2.1. Antecedentes del Estudio

Siewert intenta esclarecer el manejo quirúrgico de los tumores de la unión gastroesofágica por lo que formula una nueva clasificación en base a la topografía del tumor y poder establecer qué resección tendrá mayores ventajas, en el estudio realizado determinó el tratamiento de elección para los tumores tipo I (adenocarcinoma del esófago distal) fue la esofagectomía, la gastrectomía ampliada en el caso de los tumores tipo II (carcinoma del cardias) y tipo III tumores (cáncer gástrico subcardial que se infiltra en el esófago distal). De un total de 1002 pacientes en su conclusión determina que la tasa de mortalidad postoperatoria fue superior en los sujetos sometidos a esofagectomía que en los intervenidos bajo gastrectomía total ampliada y en los tumores de tipo II la esofagectomía no fue superior a la gastrectomía ampliada efectuando una resección completa del tumor, el pronóstico tuvo relación directa con resección completa del tumor (resección R0) y el estado de los ganglios linfáticos (pN0) siendo estos independientes del tipo topográfico y de la vía de abordaje (3).

Un estudio holandés un total de 220 pacientes con adenocarcinoma Siewert tipo I y II fueron sometidos a esofagectomía transhiatal (TH) versus resección torácica extendida (esofagectomía transtorácica con linfadenectomía en bloque extendida mediante abordaje torácico derecho, RTA) (4). La mortalidad intrahospitalaria no vario entre los grupos, pero las complicaciones pulmonares y estancia hospitalaria fue más frecuentes después del RTA (4).

Un ensayo japonés comparó esofagectomía transhiatal versus esofagectomía extendida con abordaje toracoabdominal izquierdo (LTA) para pacientes con adenocarcinoma tipo II o III del EGJ (5). Los pacientes del grupo fueron sometidos a gastrectomía total más una linfadenectomía D2 por laparotomía con resección del esófago inferior. La toracotomía se utilizó sólo si había un margen proximal positivo.

La tasa de supervivencia a cinco años fue inferior en el grupo LTA (38 versus 52 por ciento, así como las complicaciones fueron mayores en esta técnica, siendo no recomendable en los tumores II o III (5).

Pu et al, expone en su estudio supervivencia a 5 años fue de un 64% posterior a la gastrectomía total frente a un 61% que resultó después de realizarse una gastrectomía parcial proximal. En lo que refiere a la recurrencia mostró la técnica parcial fue de un 39% frente a un 24% en las totales, como complicaciones asociadas menciona a la estenosis de la anastomosis, siendo esta más evidente en la parcial con un 27% frente a un 7% de la total (6).

Stipa et al en su estudio dio un enfoque importante a la estadificación patológica del tumor siendo la supervivencia a 5 años con un 61% para el estadio uno, 23% estadio dos, 9.8% estadio 3 y ningún paciente para el estadio cuatro, según la técnica quirúrgica nos reveló que la gastrectomía total con resección proximal de esófago (gastrectomía ampliada) fue superior con un 17.8% a la gastrectomía parcial con resección distal del esófago con un 14.9% de un total de 196 pacientes, siendo la primera técnica total superior en número de casos realizada a la técnica parcial, además hace referencia que factores de la población como son sexo y tiempo de evolución no producen mayor inferencia en los resultados (7).

De Manzoni et al, contrasta la tasa de supervivencia con los estudios antes descritos indica que de 96 pacientes, un 85.4% fueron sometidos a resecciones curativas y solo un 24 % representó la sobrevida a 5 años de los tumores tipo Siewert, siendo mayor las de estadios tempranos con un 54%, indicando curación solo a los estadios N0 o N1 (8).

Graham et al, compara la supervivencia del adenocarcinoma ubicado en el cardias y resecado por esofagogastrectomía transhiatal, esofagogastrectomía transtorácica y esofagogastrectomía transabdominal tratados previamente con radioterapia, concluyendo con una supervivencia a 5 años del 16% de un total de 153 pacientes, indicando que en la mortalidad no estuvo implicada la relación con la radioterapia previa o técnica quirúrgica (9).

Roder et al, profundiza en lo que confiere a la calidad de vida posterior a estos procedimientos quirúrgicos totales o parciales, en su estudio concluye

que la gastrectomía subtotal para el adenocarcinoma gástrico no tiene ventajas a la total (6), en lo que compete a la recurrencia Mariette, et al, indica que esta depende de obtener un R0 en la cirugía y no de la modalidad quirúrgica (10).

Mattioli et al, contribuye con su estudio de 116 pacientes, toma como referencia técnicas quirúrgicas como gastrectomía total con enfoque torácico y abdominal, analizando el sitio de recidiva y supervivencia, concluyendo que la mayoría de recurrencias posteriores fue a distancia con un 74% y local con un 26%, siendo estas pobremente relacionadas con la técnica quirúrgica, en lo referente a la infiltración del sitio de resección esofágica se relaciona con la mayoría de las técnicas, sin embargo la que mostró una resección oncológica radical fue la gastrectomía total transabdominal con esofagectomía distal a través de las venas ácidos (11)

Kunisaki et al, analiza la infiltración de ganglios linfáticos del hilio esplénico Siewert tipo III, compara la eficacia de la disección linfática agresiva versus la esplenectomía, indicando que la eficacia de la disección de ganglios linfáticos del hilio esplénico fue baja e igual a la de la disección de los ganglios linfáticos paraaórticos y que la morbilidad postoperatoria fue superior después de la esplenectomía o pancreatoesplenectomía por la presencia de fístulas, concluyendo así que la esplenectomía debe tomarse en cuenta solo ante tumores de gran tamaño (12)

En lo que respecta al campo de las complicaciones postquirúrgicas Lang et al, hace enfática su investigación acerca de las fístulas de las anastomosis esofagoyeyunostomías posterior a gastrectomías totales, de un total de 1114 pacientes 83 pacientes presentaron dehiscencia de la anastomosis y esta no dependió del tipo de reconstrucción y de la radicalidad quirúrgica, indicando que su tratamiento sería conservador con sonda nasoyeyunal a la reoperación por presentar esta menor tasa de mortalidad (13).

En lo que confiere a la reconstrucción, Buhl et al, describe que la Y de Roux realizado durante gastrectomía total se asocia con un 2% a esofagitis, en comparación a un tercio de los pacientes que presentaron esofagitis posterior a una técnica parcial (14).

2.1.1. Bases teóricas

Morfología del estómago

Los límites bien definidos son la curvatura menor y mayor, las regiones son: El cardias, fondo, cuerpo, antro, píloro (15).

Fisiológicamente se divide en estómago proximal y distal, siendo el primero el que recibe y almacena temporalmente el contenido gástrico. En él se localizan las células parietales que secretan ácido y factores intrínsecos y células productoras de pepsinógeno. En su porción distal se encarga de mezclar e impulsar el contenido gástrico, contiene también glándulas pilóricas que producen las hormonas gastrina y somatostatina. (16)

Unidad quirúrgica gástrica proximal

Esta la constituyen el esófago distal, el hiato esofágico y el estómago proximal. El esófago se une con el estómago en el abdomen, por debajo del diafragma, su longitud intraabdominal varía entre 0.5 cm y 2.5 cm a nivel de la undécima o duodécima vertebra dorsal, sus relaciones son: lóbulo hepático izquierdo a nivel anterior, con el pilar derecho del diafragma y la aorta a nivel posterior, con el lóbulo caudado del hígado a la derecha y a la izquierda con el fondo gástrico. (17)

La unión histológica entre el esófago y el estómago está determinada por un límite irregular entre el epitelio escamoso estratificado y el epitelio columnar simple siendo la unión externa 1 cm por debajo de la misma, así mismo esta puede variar siendo más distal con el estómago lleno que vacío. La mucosa que tapiza el cuerpo del estómago es diferente a la del resto del mismo. Sus glándulas son secretoras de moco, sin células principales ni parietales; éstas son las llamadas glándulas cardiales. Se ha planteado que la presencia de mucosa cardinal en la unión gastroesofágica representa una manifestación precoz del reflujo gastroesofágico. (17)

No se ha descrito ningún esfínter anatómico verdadero que proteja el orificio cardinal, sin embargo existen diferentes estructuras responsables del cierre del cardias que impiden el reflujo desde el estómago al esófago, como son:

- El ángulo de His, a cuyo nivel el esófago continúa con el estómago.
- La acción de abrazadera del diafragma.
- El tapón de la mucosa esofágica laxa (roseta mucosa).
- La membrana freno esofágica.
- El cabestrillo de fibras oblicuas de la musculatura gástrica.

Independientemente del mecanismo implicado en el cierre del cardias, el esfínter esofágico inferior, cuya presión normal varía entre 14.5 – 34 mm Hg, opone resistencia al reflujo esofágico, pero la importancia a la musculatura gástrica oblicua en cabestrillo es la más soportada. (17, 18)

Cáncer gástrico

Epidemiología del cáncer gástrico

En el mundo, es un cáncer de predominio masculino con una relación hombre/ mujer de 6:1. En ambos géneros la edad de inicio de la mortalidad es en torno a 40 años (19)

Factores de Riesgo del cáncer gástrico

Se han identificado diversos factores de riesgo para este cáncer, la mayoría con asociaciones de baja magnitud, que incluyen el tabaquismo (20,21), el consumo de sal, alimentos ahumados, nitritos y tocino (22,23,24,25), o historia de cáncer gástrico en familiares de primer grado (26).

También está relacionado con 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 a lo menos 15 años antes (26).

Un estudio identificó además una fuerte asociación entre el consumo de carnes rojas y los cánceres gástricos con inestabilidad microsatelital. (27) Además el reflujo gastroesofágico es precursor de metaplasia a nivel de la unión gastroesofágica (28).

Es conocido también el hecho que cuando personas de zonas de alto riesgo emigran a zonas de bajo riesgo, sus descendientes presentan una incidencia de cáncer menor que sus progenitores (29).

Sin embargo, la asociación más estudiada en los últimos años es con la infección por *Helicobacter pylori* por inducir alteraciones histológicas que son precursoras de cáncer gástrico (30, 31, 32)

Clasificación del cáncer gástrico

En 1962, la Sociedad Japonesa de Endoscopia- Gastroenterológica estableció el concepto de Cáncer Gástrico Precoz, confinado a la mucosa o submucosa gástrica, independiente del compromiso ganglionar y cáncer macroscópico (33, 34, 35).

Clasificación de Siewert: los tumores que surgen en el estómago a 5 cm de la unión gastroesofágica que se extienden a la unión gastroesofágica o esófago Siewert I, los tumores que son propios del cardias Siewert II, y los que sobrepasan 2 cm el cardias son Siewert III. (36, 37, 38).

Signos y síntomas

En los tumores de la unión gastroesofágica el síntoma más frecuente es la disfagia, acompañado por dolor tipo urente en epigastrio que aumenta según la progresión de la enfermedad, además pueden presentar náuseas y sensación de plenitud gástrica (39).

Es evidente la desnutrición y caquexia por el catabolismo exagerado según el progreso de la misma, anemia que usualmente es una consecuencia por hemorragia digestiva o ser de tipo ferropénica (39, 40).

Diagnóstico

Un problema es la identificación de los pacientes en un momento en que son potencialmente curables. En los Estados Unidos, dos tercios de los pacientes presentan enfermedad en estadio III o IV, mientras que sólo el 10% presentan enfermedad en estadio I y II, la pesquisa en estos estadios alcanza la curación en la mayoría de los casos con sobrevidas muy altas (41).

El método diagnóstico que ha demostrado mayor eficacia y más sensible es la endoscopia digestiva que explora esófago, estómago y duodeno y que permite en las manos de expertos la toma de biopsia y hasta se convierte en un método curativo si el cáncer es confinado a la mucosa, siempre y cuando se cumpla los criterios de calidad y la debida capacitación de la población (42, 43)

Tratamiento

Tratamiento quirúrgico:

La resección ofrece la mejor oportunidad para la supervivencia a largo plazo de los pacientes con cáncer gástrico localizado (44).

La elección de la operación para el cáncer gástrico depende de la ubicación del tumor dentro del estómago, el estadio clínico y el tipo histológico (45).

Las principales consideraciones quirúrgicas incluyen la extensión de la resección del estómago (total versus gastrectomía parcial) y la extensión de la disección de los ganglios linfáticos (46).

Tratamiento quirúrgico curativo. – consiste en la resección completa del tumor con márgenes de sección negativos (Resección R0). Para lesiones incipientes es necesario un margen de 2 cm y los tipos Bormann I y II se considera un margen adecuado de 5 cm y Bormann tipo III y IV debe de ser el margen de 6 cm y tipo difuso es de 8 cm (47).

Disección ganglionar. - la disección ganglionar más allá de D2 no demostró ningún beneficio (47, 48, 49, 50).

Indicadores de irresecabilidad – Se debe a la presencia de metástasis a distancia, o por invasión de una estructura vascular mayor, como la aorta o encapsulación o arteria hepática o eje celíaco / arteria esplénica proximal. La afectación de la arteria esplénica distal no es un indicador de irreversibilidad (50).

Resección del cáncer de la unión esofagogástrica - Han sido tratados quirúrgicamente con una esofagectomía con gastrectomía parcial o una gastrectomía extendida, con o sin toracotomía. Independientemente del abordaje, la resección completa (R0), un margen gástrico de 4 cm (distal), un margen esofágico de 5 cm, y la resección de al menos 15 nodos son necesarios para resultados óptimos (51, 52). La extensión de la resección

esofágica que se puede lograr únicamente a través de un abordaje transabdominal sin incisión toracoabdominal o esofagectomía transhiatal es limitada, por lo que este enfoque no es aceptado por algunos autores para tumores que involucran el esófago distal debido a dificultades para lograr un margen proximal negativo adecuado (52).

Los pacientes con tumores Siewert tipo I deberán someterse a una esofagectomía transtorácica en bloque y una gastrectomía parcial con linfadenectomía de dos campos. La linfadenectomía es importante para evaluar la etapa de la enfermedad y evaluar la respuesta al tratamiento neoadyuvante con un riesgo mínimo añadido de morbimortalidad. Otras opciones razonables incluyen un enfoque transhiatal, que no incluye una linfadenectomía (53).

Los pacientes con tumores Siewert tipo II y III deben someterse a una gastrectomía total con una resección transhiatal del esófago distal con linfadenectomía del mediastino inferior y una disección prolongada de los ganglios linfáticos incluyendo ganglios a lo largo de las arterias hepática, gástrica izquierda, celíaca y esplénica (53).

Reconstrucción intestinal. - Los procedimientos reconstructivos pueden considerarse a los que preservan la continuidad duodenal, yeyunal, ambos (54).

Billroth I – Se anastomosa el estómago remanente al muñón duodenal posterior a la antrectomía. El síndrome postgastrectomía se caracteriza por reflujo de los contenidos biliares retrógrados en el estómago causando gastritis alcalina y posteriormente dumping (55).

Billroth II – Consiste en anastomosar el estómago remanente al yeyuno proximal, se utiliza en una gastrectomía distal. Los pacientes pueden esperar sufrir de gastritis de reflujo alcalino y con menor probabilidad de dumping (55).

Pronóstico

El pronóstico de esta neoplasia está en directa relación con el estadio al momento de la confirmación diagnóstica (56)

En general, estos cánceres precoces progresan hacia estadios avanzados en el curso de varios años, aunque pueden tener un curso rápido (56).

En los casos que presentan progresión la sobrevida aproximada es de 6 meses. La sobrevida depende del grado de profundidad y del compromiso ganglionar, y su correlación es, a mayor profundidad, mayor compromiso ganglionar en distancia (56).

Medidas de prevención

Se recomienda un estilo de vida más saludable como no fumar, no abuso del alcohol, alimentación adecuada y actividad física, podría prevenir cada año hasta 2.8 millones de casos nuevos de cáncer (57).

2.1.2. Bases legales

CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA Y LEYES QUE AMPARAN LA SALUD (58)

CAPITULO PRIMERO. -
PRINCIPIOS DE APLICACIÓN DE LOS DERECHOS

Art. 10.- Las personas, comunidades, pueblos, nacionalidades y colectivos son titulares y gozaran de los derechos garantizados en la constitución y en los instrumentos internacionales la naturaleza será sujeto de aquellos derechos que le reconozca la constitución.

SECCIÓN SEPTIMA

Art. 32.- La salud es un derecho que garantiza el estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir.

El estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva.

La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética con enfoque de género y generacional.

CAPITULO TERCERO. - DERECHOS DE LAS PERSONAS Y GRUPOS DE ATENCIÓN PRIORITARIA

Art. 35.- Las personas adultas mayores, niñas, niños y adolescentes, mujeres embarazadas, personas con discapacidad, personas privadas de libertad, y quienes adolezcan de enfermedades catastróficas o de alta complejidad, recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado. La misma atención prioritaria recibirán las personas en situación de riesgo, las víctimas de violencia doméstica y sexual, maltrato infantil, desastres naturales o antropogénicos. El estado prestara especial protección a las personas en condición de doble vulnerabilidad.

SECCIÓN SEGUNDA

SALUD

Art. 358.- El sistema nacional de salud tendrá por finalidad el desarrollo, protección y recuperación de las capacidades y potencialidades para una vida saludable e integral, tanto individual como colectiva, y reconocerá la diversidad social y cultural. El sistema se guiará por los principios generales del sistema nacional de inclusión y equidad social, y por los de bioética, suficiencia e interculturalidad, con enfoque de género y generacional.

Art. 359.- El sistema nacional de salud comprenderá las instituciones, programas, políticas, recursos, acciones y actores en salud; abarcará todas las dimensiones del derecho a la salud; garantizará la promoción,

prevención, recuperación y rehabilitación en todos los niveles; y propiciará la participación ciudadana y el control social.

Art. 360.- El sistema garantizará, a través de las instituciones que lo conforman, la promoción de la salud, prevención y atención integral, familiar y comunitaria, con base en la atención primaria de salud; articulará los diferentes niveles de atención; y promoverá la complementariedad con las medicinas ancestrales y alternativas. La red pública integral de salud será parte del sistema nacional de salud y estará conformada por el conjunto articulado de establecimientos estatales, de la seguridad social y con otros proveedores que pertenecen al Estado, con vínculos jurídicos, operativos y de complementariedad (58).

2.1.3. Términos básicos

Evaluación: Implica la determinación del valor de algo o de alguien (60).

La terapia óptima depende de la estadificación exacta de la extensión de la enfermedad y esta irá en función de la misma (60).

La estadificación clínica o preoperatoria completa de pacientes con cáncer gástrico incluye: Examen físico, Exámenes complementarios de Imagen y endoscopia (60).

La estadificación patológica depende de los hallazgos en la exploración quirúrgica subsecuente y el examen de la muestra patológica (60).

Antecedentes patológicos personales: Patologías previas que presenta el paciente antes del diagnóstico de la enfermedad actual que está siendo tratado (60).

La unión gastroesofágica es la transición desde el esófago distal hasta el estómago proximal (61).

Gastrectomía total; resección completa del estómago, indicaciones: Adenocarcinoma gástrico que afecta al estómago proximal, tumores del

estroma gastrointestinal (GIST), que afectan al estómago proximal, donde una resección más limitada no es técnicamente factible. Contraindicaciones: Enfermedad metastásica, si la gastrectomía parcial proporcione márgenes negativos (61).

Gastrectomía total ampliada: Extirpación de todo el estómago y del esófago distal, usualmente la ampliación se da en otro órgano adyacente que se ve afectado por el tumor del primario o sus ganglios (61).

Gastrectomía subtotal proximal – Es una opción para los tumores en el tercio proximal (tercio superior) del estómago que no invaden la unión gastroesofágica (61).

La gastrectomía parcial superior o polar; resección que compromete a la unión esofagogástrica, siendo indicada en los adenocarcinomas (61).

Morbilidad y mortalidad perioperatorias - Asociado con la edad del paciente y la extensión a los ganglios linfáticos, usualmente se debe a hemorragia, sepsis, eventos cardiovasculares y respiratorios y tromboembolismo (62).

Margen quirúrgico óptimo - Un margen de resección libre de tumor (R0). Estos son > 2 a 3 cm para el cáncer gástrico temprano, y > 4 a 6 cm para el cáncer gástrico avanzado (62).

Complicaciones postquirúrgicas – Pueden estar relacionadas con la extensión de la resección gástrica y el tipo de reconstrucción, o fisiológicas, relacionadas con la pérdida de función en la sección del estómago (62).

Quimioterapia neoadyuvante. – Quimioterapia previa a cirugía está indicado en estadios II y III (63).

Quimioterapia adyuvante. – Quimioterapia posterior a cirugía (63).

Radioterapia adyuvante. - Radioterapia posterior a cirugía (63).

Sobrevida: Corresponde al número de pacientes vivos al término del período de observación con enfermedad o sin ella (64).

ION - Solca: constituye uno de los principales centros de prevención, diagnóstico, tratamiento y paliación de cáncer en la República del Ecuador (65).

2.2. MARCO TEÓRICO OPERACIONAL

2.2.1. Sistema de variables

Variable dependiente

Tratamiento quirúrgico del adenocarcinoma de la unión gastroesofágica.

Variables independientes

Edad.
Sexo.
Antecedentes patológicos personales.
Clasificación de Siewert.
Estadio.
Técnica quirúrgica.
Tipos de anastomosis.
Tipos de derivación intestinal.
Complicaciones postquirúrgicas.
Tipos de adenocarcinoma.
Clasificación de Bormman.
Quimioterapia neoadyuvante.
Radioterapia neoadyuvante.
Situación actual del paciente.
Causa de muerte.
Sobrevida.

2.2.2. Sistematización de variables

Variable	Definición	Dimensión	Indicador
Edad	Años cumplidos a partir de su nacimiento.	Cuantitativa, numérica, discreta	Años

Sexo	Condición orgánica que distingue entre personas masculinas y femeninas.	Cualitativa, nominal, dicotómica	Masculino, femenino
Antecedentes patológicos personales	Antecedentes de patologías previas que presenta el paciente.	Cualitativa, nominal, Policotómica	Diabetes, Hipertensión arterial, Hipotiroidismo, otros.
Clasificación de Siewert	Ubicación tumoral en la unión esofagogástrica	Cualitativo, ordinal.	Siewert I, II y III.
Estadio	Clasificación del estado, o desarrollo del cáncer gástrico	Cualitativo, ordinal	Estadio I, II, III, IV
Técnica quirúrgica	Tipos de exéresis quirúrgica realizada en el estómago y esófago	Cualitativa, nominal, Policotómica	Gastrectomía polar Gastrectomía total Gastrectomía total ampliada
Tipos de anastomosis	Tipo de unión quirúrgica entre 2 cavidades, posterior a una exéresis	Cualitativa, nominal, Policotómica.	Esofagogástrica, gastroyeyunal, esófagoyeyunal
Tipo de derivación intestinal	Tipo de unión quirúrgica entre 2 cavidades, para confluencia de las secreciones digestivas	Cualitativa, nominal, Policotómica	Braun, Y de Roux
Complicaciones postquirúrgicas	Enfermedades que se presentan después de la cirugía en relación a la misma	Cualitativa, nominal, Policotómica	Hemorragia, Fistula, Infecciones, Íleo

Tipo de adenocarcinoma	Tipo histológico del adenocarcinoma	Cualitativa, nominal, Policotómica	Intestinal,
Clasificación de Bormman	Grado de profundidad tumoral en las capas histológicas del estómago	Cualitativa, ordinal.	Grado I, II, III y IV.
Quimioterapia neoadyuvante	Quimioterapia previa al acto quirúrgico	Cualitativa, nominal	Si, no.
Quimioterapia adyuvante	Quimioterapia posterior al acto quirúrgico	Cualitativa, nominal	Si, no.
Radioterapia adyuvante	Radioterapia posterior al acto quirúrgico	Cualitativa, nominal.	Si, no.
Situación actual del paciente	Condición física en última consulta	Cualitativa, nominal, Policotómica	Vivo, muerto, perdido de la consulta
Causa de muerte	Motivo de fallecimiento del paciente	Cualitativa, nominal, Policotómica	Insuficiencia respiratoria aguda, shock séptico
Sobrevida	Período de vida en meses posterior a la cirugía hasta la fecha de la última consulta	Cuantitativa, numérica, discreta.	Meses.

CAPÍTULO III

3. MARCO METODOLÓGICO

3.1. Tipo y diseño de la investigación

Observacional, no experimental, descriptivo, retrospectivo, transversal.

3.2. Universo y población

Universo

El universo de la investigación estará formado por todos los sujetos mayores de 18 años la edad, de ambos sexos, con diagnóstico de adenocarcinoma que fueron intervenidos quirúrgicamente con intención curativa en ION SOLCA desde el 1 de enero del 2011 hasta el 30 de abril del 2018, siendo un total 98 sujetos.

Población

Son todos los sujetos mayores de 18 años, de ambos sexos, con diagnóstico de adenocarcinoma de la unión gastroesofágica según Siewert que fueron intervenidos quirúrgicamente con intención curativa en ION SOLCA desde el 1 de enero del 2011 hasta el 31 de agosto del 2018, el número fue de 17 casos, fueron excluidos historias clínicas que no se poseían datos completos.

3.3. Criterios de Inclusión y exclusión

Criterios de Inclusión

1. Comprende a los pacientes atendidos en el Hospital ION Solca Guayaquil, “Dr. Juan Tanca Marengo”; con diagnóstico Adenocarcinoma Gástrico en la unión gastroesofágica, que fueron sometidos a algún tipo de procedimiento quirúrgico, con fines curativos, durante el período comprendido entre enero del 2011, hasta agosto del 2018.

Criterios de exclusión.

1. Sujetos que no fueron intervenidos quirúrgicamente con intención curativa
2. Sujetos fuera del periodo de tiempo ya establecido.

3.4. Recolección de datos

- a. Se realizó la Solicitud Formal Escrita al Jefe de Docencia de SOLCA, la cual fue aprobada.
- b. Se entregó Solicitud Firmada por el Jefe de Docencia a Estadística.
- c. Se realizó la recolección de los datos que cumplieran con los criterios de Inclusión.
- d. Se procedió a la tabulación de los datos en la hoja de Microsoft Excel.

3.5. Análisis de Datos

El estudio se realizará utilizando la información contenida en las historias clínicas de los pacientes atendidos durante el período de estudio, la misma que será tabulada en cuadros, gráficos, para cada una de las variables en estudio, así como la combinación entre las mismas, para su análisis e interpretación. Se utilizará programas el Microsoft Office Excel 2010, donde elaboraremos una base de datos para nuestro estudio y elaboraremos tablas y gráficos para un análisis completo de las variables a identificar

CAPÍTULO IV

4. MARCO ADMINISTRATIVO

4.1. Recursos humanos

En la investigación participarán los autores del estudio, con la colaboración de los médicos y personal que labora en el Departamento de Estadística de la Institución.

4.2. Recursos materiales

El presente estudio se realizará en el área de Cirugía, se estudiará a todos los pacientes de edad superior de 18 años que fueron sometidos a cirugía curativa con diagnóstico de adenocarcinoma de la unión gastroesofágica. El lugar de estudio será en la Matriz de la Institución SOLCA (Sociedad de Lucha contra el cáncer) que se lo denomina Instituto Oncológico Nacional “Dr. Juan Tanca Marengo”, y su ubicación es en la avenida Pedro Menéndez Gilbert Mz. P3 y Atahualpa Chávez González, Cantón Guayaquil, Provincia del Guayas –Ecuador (País).

El Cantón Guayaquil pertenece políticamente a la provincia del Guayas, geográficamente situado al oeste de la misma, una temperatura promedio de 22 a 29 grados centígrados. La población actual es de 2.526.927 habitantes dedicados principalmente a la actividad comercial.

La Sociedad de Lucha contra el cáncer cuenta con una serie de centros de consulta externa con distribución nacional, cuenta con profesionales de Cuarto Nivel, enfermeras, auxiliares y personal administrativo, para así poder generar atención en las distintas especialidades como Ginecología, Mastología, Pediatría, Cirugía Digestiva, Oncología clínica, Medicina Nuclear, Radiooncología.

4.3. Recursos Institucionales

Libros, artículos, folletos, computadores, impresoras, Internet, archivos estadísticos, historias clínicas y ficha de investigación para la recolección de datos, que será elaborada por los autores del trabajo de investigación.

4.4. Recursos económicos

Autofinanciada por los autores

4.5. Costo personal

\$2000,00.

4.6. Costo material de investigación

\$1500,00.

4.7. Costo total de investigación

	VALOR
<i>Recursos Humanos</i>	\$ 600.00
<i>Viajes Técnicos</i>	\$ 80.00
<i>Capacitación</i>	\$ 400.00
<i>Equipos</i>	\$600.00
<i>Recursos Bibliográficos y software</i>	\$ 240.00
<i>Materiales y suministros</i>	\$ 50.00
<i>Transferencia de Resultados</i>	\$30.00
<i>Subcontratos y servicios</i>	\$00.00
<i>Evaluación, seguimiento y monitoreo del proyecto</i>	\$00.00
<i>Total</i>	\$2000.00

4.5 Cronograma de actividades

ACTIVIDADES	2018									
	Ma.	Ab.	Ma.	Jun.	Ju.	Ag.	Se.	OC.	No.	Di.
1. Elaboracion del Anteproyecto.										
2. Proyecto Acabado.	1.	1.	1.							
3. Rev. De la Literatura.				2.	2.	3.				
4. Elaboracion de las tecnicas e instrumentos de Recoleccion de Datos.							3.	4.		
5. Analisis e interpretacion.									5.	
6. Presentacion del Informe Final.										6.

CAPÍTULO V

5. RESULTADOS

5.1. Resultados

5.1.1. Análisis e interpretación de resultados

En el estudio se identificaron 17 pacientes con adenocarcinoma de la unión gastroesofágica que fueron sometidos a cirugía curativa en el período enero 2011 – agosto 2018. La edad promedio de los pacientes con adenocarcinoma en la unión gastroesofágica fue de 56 años \pm 15,6. En la tabla 1 presentamos que el 47,0% se encuentra en edades de entre 50 a 60 años. El 52,9% de los casos fueron de sexo masculino.

En diez pacientes (67,9%), se decidió realizar gastrectomía total. En el 70,5% de los pacientes con adenocarcinoma en la unión gastroesofágica sometidos a tratamiento quirúrgico se realizó reconstrucción en Y de Roux con anastomosis termino-terminal circular mecánica.

Tabla 1. Distribución de 17 pacientes con Adenocarcinoma en la unión gastroesofágica sometidos a tratamiento quirúrgico en el ION-SOLCA según características de la población, Guayaquil 2011- 2018.

Variable	n=17	%
Grupos Edad (años)		
Mayores > de 60	5	29,4
50 hasta 60 Años	8	47,0
35 hasta 49 Años	4	23,5
Genero		
Masculino	9	52,9
Femenino	8	47,0
Tipo de cirugía		
Gastrectomía total	10	67,9
Gastrectomía total ampliada	5	23,2

	Gastrectomía Polar o subtotal superior	2	8,8
Tipo de reconstrucción			
	Lahey	4	23,5
	Polya	1	5,8
	Y de Roux	12	70,5
Total		17	100,0

Fuente: Historias clínicas de pacientes atendidos en el ION-SOLCA.

Elaborado por: John Palomeque, Pablo Ulloa

La gastrectomía total fue la técnica quirúrgica más utilizada descrita en diez pacientes (67,9%) y a su vez el tipo de cirugía que mayor sobrevida presentó una media de 19,3 meses, le sigue en frecuencia la gastrectomía total ampliada que se realizó en 5 pacientes (23,2%) con una sobrevida media de 13,2 meses, finalmente la gastrectomía polar o subtotal superior se realizó únicamente en dos pacientes (8,8%) con sobrevida de 12,5 meses (tabla 2).

Tabla 2. Sobrevida en meses según el tipo de cirugía utilizado en pacientes con diagnóstico de adenocarcinoma de la unión gastroesofágica en el ION-SOLCA según características de la población, Guayaquil 2011- 2018.

	Variable	n	%	Meses
Tipo de cirugía				
	Gastrectomía total	10	67,9	19,3
	Gastrectomía total ampliada	5	23,2	13,2
	Gastrectomía Polar o subtotal superior	2	8,8	12,5
Total		17	100	

Fuente: Historias clínicas de pacientes atendidos en el ION-SOLCA.

Elaborado por: John Palomeque, Pablo Ulloa

Con respecto a los hallazgos macroscópicos, nos basamos en la clasificación de Siewert describiendo como más frecuente al Tipo III en once pacientes (64,7%), seguida por el 29,4% de casos que representan al Tipo II. Finalmente hubo un caso de Siewert Tipo I representando el 5,8% de la muestra (tabla 2).

También se incluye al estudio la clasificación de Bormann teniendo como grupo más frecuente al Tipo II en ocho pacientes (47%), seguido por el Tipo III con el 41,1% y por último al Tipo IV con el 11,7% (tabla 2).

Tabla 3. Distribución de 17 pacientes con cuadro de Adenocarcinoma en la unión gastroesofágica según el examen macroscópico (clasificación de

Siewert y Bormann) en el ION-SOLCA según características de la población, Guayaquil 2011- 2018.

Variable	n	%
Clasificación de Siewert		
5 A 1CM PROXIMAL AL CARDIAS (BARRET)	1	5,8
1CM PROXIMAL Y 2 CM DISTAL AL CARDIAS	5	29,4
2 A 5CM DISTALES AL CARDIAS	11	64,7
Clasificación de Bormann		
Tipo I	0	0,0
Tipo II	8	47,0
Tipo III	7	41,1
Tipo IV	2	11,7

Fuente: Historias clínicas de pacientes atendidos en el ION-SOLCA.
Elaborado por: John Palomeque, Pablo Ulloa

Describimos que según el estadio tumoral el nivel tres se presentó con mayor frecuencia en siete pacientes (41,1%), los niveles uno, y cuatro coinciden con el 23,5% de los casos y con el porcentaje más bajo el nivel dos 11,7% (tabla 3).

De igual manera podemos decir que el Adenocarcinoma intestinal y el de células en anillo de sello son los más frecuentes representando el 46,9% cada uno, según el grado de diferenciación se reportaron diez pacientes (58,8%) con grado pobremente diferenciado, el 35,2% fueron moderadamente diferenciado y un solo paciente (5.8%) bien diferenciado (tabla3).

Tabla 4. Clasificación de pacientes según el estadio tumoral, tipo de Adenocarcinoma y grado de diferenciación histológica en pacientes con Adenocarcinoma en la unión gastroesofágica en el ION-SOLCA según características de la población, Guayaquil 2011- 2018.

Variable	n	%
Estadio		
Nivel 1	4	23,5
Nivel 2	2	11,7
Nivel 3	7	41,1
Nivel 4	4	23,5
Adenocarcinoma		
Intestinal	8	46,9

	Células en anillo de sello	8	46,9
	Carcinoma epidermoide	1	5,8
Grado de diferenciación			
	Grado I	1	5,8
	Grado II	6	35,2
	Grado III	10	58,8
	Grado IV	0	0,0

Fuente: Historias clínicas de pacientes atendidos en el ION-SOLCA.
Elaborado por: John Palomeque, Pablo Ulloa

Del total de la muestra nueve pacientes (52,9%) con Adenocarcinoma de la unión gastroesofágica recibieron quimioterapia adyuvante, de los cuales tres pacientes (33,3%) correspondieron a Estadio 3 siendo sometidos a Gastrectomía total. En cambio solo tres pacientes (17,6%) fueron sometidos a radioterapia adyuvante posterior a gastrectomía total en dos pacientes (66,6%) y gastrectomía total ampliada un paciente (tabla 4).

Los mismos pacientes que recibieron radioterapia también fueron sometidos a quimioterapia posterior al tratamiento quirúrgico elegido (17,6%), mientras que ocho pacientes (47%) no recibieron terapia adyuvante (tabla 4).

Tabla 5. Comparación de 17 pacientes sometidos a terapia oncológica adyuvante después del procedimiento quirúrgico elegido en el ION-SOLCA según características de la población, Guayaquil 2011- 2018.

	Variable	n	%
Quimioterapia Adyuvante			
	Si	9	52,9
	No	8	47,0
Radioterapia Adyuvante			
	Si	3	17,6
	No	14	82,3
Quimio y Radioterapia			
	Si	3	17,6
	No	14	82,3

Fuente: Historias clínicas de pacientes atendidos en el ION-SOLCA.
Elaborado por: John Palomeque, Pablo Ulloa

Posterior al tratamiento quirúrgico siete pacientes (41,1%) presentaron complicaciones, siendo la más frecuente la neumonía (57,1%), y con un valor del (14,2%) se presentaron el tromboembolismo más trombosis

venosa profunda, shock séptico con foco de partes blandas (ulcera sacra) y derrame pleural (tabla 5).

Durante el seguimiento del curso de la enfermedad posterior a la cirugía se identificó metástasis en tres pacientes (17,6%) que correspondieron al estadio IV con una sobrevida media de 10.6 meses.

Tabla 6. Complicaciones posoperatorias y metástasis diagnosticada durante el seguimiento en pacientes con Adenocarcinoma en la unión gastroesofágica en el ION-SOLCA según características de la población, Guayaquil 2011- 2018.

Variable		n	%
Complicaciones posoperatorias			
	Si	7	41,1
	No	10	58,8
Cuales			
	Tromboembolismo + trombosis venosa profunda	1	14,2
	Shock séptico de partes blandas	1	14,2
	Derrame pleural	1	14,2
	Neumonía	4	57,1
Metástasis durante el seguimiento			
	Presente	3	17,6
	Ausente	14	82,3

Fuente: Historias clínicas de pacientes atendidos en el ION-SOLCA.
Elaborado por: John Palomeque, Pablo Ulloa

Durante el seguimiento posterior al tratamiento quirúrgico se describe que ocho pacientes (47%) no cumplieron con la programación de controles médicos programados, seis pacientes (35,2%) fallecieron, tres pacientes (17,6%) viven libres de tumor y no existe evidencia de pacientes vivos con recidiva o metástasis (tabla 6).

Tabla 7. Control y seguimiento postquirúrgico de pacientes en el área de consulta externa en el ION-SOLCA según características de la población, Guayaquil 2011- 2018.

Variable		n	%
Seguimiento			
	LIBRE DE TUMOR	3	17,6
	VIVO CON RECIDIVA	0	0,0
	VIVO CON METÁSTASIS	0	0,0
	PERDIDO	8	47,0
	FALLECIDO	6	35,2

Fuente: Historias clínicas de pacientes atendidos en el ION-SOLCA.
Elaborado por: John Palomeque, Pablo Ulloa

Los tumores en estadio 1 se identificaron en cuatro pacientes (23%) y a su vez el que mayor sobrevida presento con una media de 27,5 meses, tumores en estadio 2 se presentaron en dos pacientes (12%) con una sobrevida media de 24,5 meses, tumores en estadio 3 se identificó en siete pacientes (41%) con sobrevida de 26,3 meses y el estadio 4 se identificó en cuatro pacientes (24%) con sobrevida de 6,5 meses (tabla 8).

Tabla 8. Sobrevida en meses según la distribución del Estadio tumoral calculado desde la fecha de la cirugía hasta la fecha de la última consulta médica en el ION-SOLCA según características de la población, Guayaquil 2011- 2018.

	Variable	n	%	Meses
Sobrevida media según Estadio	Nivel 1	4	23	27,5
	Nivel 2	2	12	24,5
	Nivel 3	7	41	26,3
	Nivel 4	4	24	6,5
	Total	17	100	

Fuente: Historias clínicas de pacientes atendidos en el ION-SOLCA.
Elaborado por: John Palomeque, Pablo Ulloa

5.2. Discusión

Diversos estudios se han realizado acerca de la técnica quirúrgica curativa del adenocarcinoma de la unión gastroesofágica, Pu et al (6), señaló en su meta análisis de 1364 pacientes que la gastrectomía total presentó una mayor supervivencia a la gastrectomía parcial con una diferencia de 40 muertes evitadas por la primera técnica posterior a 5 años, siendo el margen de recurrencia más de 10% en las gastrectomías subtotales, en comparación con el presente estudio expuesto, concuerda que la gastrectomía total fue la técnica más utilizada y que presentó la mayor tasa de supervivencia.

Posterior a la resección se pudo identificar que la reconstrucción que se empleó con mayor frecuencia fue en Y de Roux con anastomosis mecánica circular, similar a lo obtenido por Zhao P, Xiao SM, et al, en el 2014 (66).

En lo que respecta a la población estudiada la topografía del adenocarcinoma corresponde según la clasificación de Siewert al tipo III (3), siendo subcardial, que contrasta a lo expuesto por el autor mencionado que la ubicación más habitual fue la cardial y la esofágica.

Dentro del diseño se estableció solo estudiar a los adenocarcinomas y se pudo determinar que el tipo intestinal y en anillo de sello fueron los más comunes, sin embargo, lo obtenido por Henson, et al, en el 2004, (67) evidencia que el tipo células de anillo de sello se dio en la mayoría de los casos.

EL meta-análisis patrocinado por GASTRIC (68) que estudió 3.838 pacientes de 17 ensayos distintos de quimioterapia adyuvante, concluyó con una ventaja estadísticamente significativa, del mismo modo se puede concluir que de los 9 pacientes que complementaron la cirugía con adyuvancia tuvieron mayor sobrevida en meses.

La supervivencia en meses y las tasas de morbimortalidad se puede evaluar en conjunto con el estadio inicial al que acudieron, así lo expresa Manzoni et al (8), que de 96 pacientes, un 85.4% fueron sometidos a resecciones curativas y solo un 24 % representó la sobrevida a 5 años de los tumores tipo Siewert, siendo mayor las de estadios tempranos con un 54%, indicando curación solo a los estadios N0 o N1, equiparable estos resultados con el estudio reciente, ya que el estadio con mayor sobrevida fue el uno con 27 meses, sin embargo el más diagnosticado fue el estadio tres.

Roder et al (10), profundiza en lo que confiere a la calidad de vida posterior a estos procedimientos quirúrgicos totales o parciales, en su estudio concluye que la gastrectomía subtotal para el adenocarcinoma gástrico no tiene ventajas a la total, se menciona en el presente estudio que los 3

pacientes actualmente vivos tienen una aceptable calidad de vida, se valen por sí mismos y al momento están libres de enfermedad en controles periódicos.

En lo que compete a la recurrencia Mariette (69), et al, indica que esta depende de obtener un R0 en la cirugía y no de la modalidad quirúrgica, en este trabajo no se reportaron recidivas y se asemeja a lo expuesto por el autor mencionado ya que se obtuvo en todos los casos un R0.

5.3. Conclusión

En el estudio realizado en los pacientes que tienen diagnóstico de adenocarcinoma en la unión gastroesofágica, y que fueron sometidos a tratamiento quirúrgico y son atendidos en el Instituto Oncológico Nacional Dr. Juan Tanca Marengo, se concluye lo siguiente:

1.- En la región latinoamericana es más frecuente los tumores de antro y píloro, sin embargo, existe un aumento de la incidencia de los tumores de la unión gastroesofágica ya que se están adoptando factores de riesgo de la región del norte como es el sobrepeso y la obesidad, acompañada del ERGE y tabaquismo, lastimosamente no acuden en estadios iniciales a la consulta sino más bien cuando existe progresión de la enfermedad esta localmente avanzada.

2.- La variante anatomopatológica más frecuente en este estudio fue el adenocarcinoma de tipo intestinal, además se demuestra que el carcinoma de “células en anillo de sello”, fue la segunda variante anatomopatológica que se presentó en dicho universo de pacientes, dato que concuerda con la estadística mundial.

3.- Las técnicas quirúrgicas de gastrectomías utilizadas en pacientes con adenocarcinoma en la unión gastroesofágica, intervenidos en el Hospital ION Solca Guayaquil, durante el periodo de tiempo de 2011 hasta 2018, se determinó que la Gastrectomía total fue la más frecuente, en un 67,9% de casos (n=10) y superó en sobrevida a la gastrectomía parcial superior o polar, mientras que la gastrectomía total ampliada representa el 23,2% de casos (n=5) y fue utilizada en los Siewert II generando menor morbimortalidad.

4.- De acuerdo a la valoración macroscópica se menciona que de acuerdo a la clasificación de Siewert tipo III predomina con el 64% (n=11) justificando de esta manera la decisión de la gastrectomía total como tratamiento quirúrgico inicial, mientras que la clasificación de Bormman revela que el tipo II es el mas frecuente con el 27% de casos (n=8) corroborando los criterios oncológicos de resección con margen de 5cm

5.- La reconstrucción en Y de roux con anastomosis esófago yeyunal, fue la que se utilizó en la mayoría de los casos sin reportes de complicaciones asociadas a la cirugía tanto tempranas como tardías.

6.- La terapia adyuvante fue utilizada en el 52,9% de pacientes (n=9) reflejando su beneficio postquirúrgico aumentando la sobrevida y mejorando la calidad de vida de los pacientes sometidos a dicho tratamiento.

7.- Se demuestra que durante este estudio únicamente el 17,6 % de casos (n=3) fueron pacientes vivos libres de tumor, sin embargo, se menciona que el 47% (n=8) fueron pacientes que no cumplieron con el seguimiento programado, por lo tanto, no se dispone de datos relacionados a su condición actual, además se reportan 6 pacientes fallecidos y su causa de muerte no está relacionada con la cirugía.

8.- La sobrevida de los pacientes está en íntima relación con el estadio tumoral, es por eso que este trabajo demuestra que los tumores en estadio 1 se identificaron en cuatro pacientes (23%) y a su vez es el que mayor sobrevida presento con una media de 27,5 meses, resultados que están en relación con estudios norteamericanos y europeos.

9.- Dentro de las dificultades en la realización del estudio, se encontró que algunas historias clínicas estaban incompletas, sin embargo, se usaron los medios necesarios para poder completar los datos y los que no estuvieron al alcance se las excluyeron.

10.- Aporte de la Investigación a Solca.

11.- Aporte de la Investigación a la Cirugía.

12.- Limitación del número de casos.

5.4. Propuesta

1. Campañas de detección temprana y prevención en la población que acude a centros de atención primaria.
2. Endoscopías digestivas a pacientes con factores de riesgo personales o hereditarios.
3. Promover la no automedicación al Reflujo gastroesofágico ya que puede enmascarar un cuadro metaplásico.
4. Dentro del medio hospitalario dar prioridad en las consultas a pacientes con alta probabilidad del cáncer gástrico.
5. Disponer de mayor capacidad quirúrgica.
6. En el cuidado postquirúrgico, en lo referente a enfermedades nosocomiales dentro de departamentos (UCI) erradicar agentes causales en respiradores o capacitar al personal en su prevención.
7. Apoyo de la familia para que el paciente no abandone el tratamiento y control de la enfermedad.
8. Estudio multicéntrico de las mismas características para llegar a conclusiones más certeras.

6. BIBLIOGRAFÍA

1. Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA, Jemal A. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: a cancer journal for clinicians*. 2018.
2. Cáncer en Guayaquil - Registro de Tumores 2011 - 2017 Autor: Sociedad de Lucha Contra el Cáncer Sede Nacional Instituto Oncológico Nacional - Dr. Juan Tanca Marengo Consejo Editorial: Dr. Juan Tanca Campozano Editor: Dr. Carlos Arreaga Salazar
3. Siewert JR, Stein HJ, Sendlar A, Fink U. Surgical resection for cancer of the cardia. In *Seminars in surgical oncology*; 1999. p. 125-131
4. Wayman J, Dresner SM, Raimes SA, Griffin SM. Transhiatal approach to total gastrectomy for adenocarcinoma of the gastric cardia. *British journal of surgery*. 1999; 86: p. 536-540.
5. Isozaki H, Okajima K, Yamada S, Nakata E, Nishimura J, Ichinona T, et al. Proximal subtotal gastrectomy for the treatment of carcinoma of the upper third of the stomach: its indications based on lymph node metastasis and perigastric lymphatic flow. *Surgery today*. 1995; 25: p. 21-26.
6. Pu YW, Gong W, Wu YY, Chen Q, He TF, Xing CG. Proximal gastrectomy versus total gastrectomy for proximal gastric carcinoma. A meta-analysis on postoperative complications, 5-year survival, and recurrence rate. *Saudi medical journal*. 2013; 34: p. 1223-1228.
7. Stipa S, Di Giorgio A, Ferri M. Surgical treatment of adenocarcinoma of the cardia. *Surgery*. 1992; 111: p. 386-393.
8. De Manzoni G, Pedrazzani C, Pasini F, Di Leo A, Durante E, Castaldini G, et al. Results of surgical treatment of adenocarcinoma of the gastric cardia. *The Annals of thoracic surgery*. 2002; 73: p. 1035-1040.
9. Graham AJ, Finley RJ, Clifton JC, Evans KG, Fradet G. Surgical management of adenocarcinoma of the cardia. *The American journal of surgery*. 1998; 175: p. 418-421.
10. Roder JD, Stein HJ, Eckel F, Herschbach P, Henrich G, Böttcher K, et al. [Comparison of the quality of life after subtotal and total

gastrectomy for stomach carcinoma]. Deutsche medizinische Wochenschrift (1946). 1996; 121: p. 543-549

11. Mattioli S, Di Simone MP, Ferruzzi L, D'Ovidio F, Pilotti V, Carella R, et al. Surgical therapy for adenocarcinoma of the cardia: modalities of recurrence and extension of resection. Diseases of the Esophagus. 2001; 14: p. 104-109.
12. Kunisaki C, Makino H, Suwa H, Sato T, Oshima T, Nagano Y, et al. Impact of splenectomy in patients with gastric adenocarcinoma of the cardia. Journal of Gastrointestinal Surgery. 2007; 11: p. 1039-1044.
13. Lang H, Piso P, Stukenborg C, Raab R, Jähne J. Management and results of proximal anastomotic leaks in a series of 1114 total gastrectomies for gastric carcinoma. European Journal of Surgical Oncology (EJSO). 2000; 26: p. 168-171.
14. Buhl K, Schlag P, Herfarth C. Quality of life and functional results following different types of resection for gastric carcinoma. European journal of surgical oncology: the journal of the European Society of Surgical Oncology and the British Association of Surgical Oncology. 1990; 16: p. 404-409.
15. DI S. Anatomy and physiology of the stomach. Surgical Clinical North America. 2005 Octubre; 85(5).
16. Schubert ML PD. Control of gastric acid secretion in health and disease. Gastroenterology. 2008 Junio; 134(7).
17. Skandalakis JE, Colborn GL, Weidman TA, Foster RS, Kingsnorth AN, Skandalakis LJ, et al. Skandalakis cirugía: bases de la anatomía quirúrgica: Marbán; 2015.
18. Navarro A. Anatomía Quirúrgica del Estómago y Duodeno. In Galindo F. Cirugía Digestiva. Buenos Aires; 2009. p. II-200. Pag. 1-22.
19. Salud P. Guía Clínica AUGE CÁNCER DE ESTÓMAGO. Santiago: Minsal, 2014.
20. Tredaniel J, Boffetta P, Buiatti E, Saracci R, Hirsch A. Tobacco smoking and gastric cancer: review and meta-analysis. Int J Cancer. 1997 Aug 7; 72(4):565-73.

21. Wu AH, Wan P, Bernstein L. A multiethnic population-based study of smoking, alcohol and body size and risk of adenocarcinomas of the stomach and esophagus (United States). *Cancer Causes Control*. 2001 Oct; 12(8):721-32.
22. Van den Brandt PA, Botterweck AA, Goldbohm RA. Salt intake, cured meat consumption, refrigerator use and stomach cancer incidence: a prospective cohort study (Netherlands). *Cancer Causes Control*. 2003 Jun; 14(5):427-38.
23. Mayne ST, Risch HA, Dubrow R, Chow WH, Gammon MD, Vaughan TL, Farrow DC, Schoenberg JB, Stanford JL, Ahsan H, West AB, Rotterdam H, Blot WJ, Fraumeni JF Jr. Nutrient intake and risk of subtypes of esophageal and gastric cancer. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 2001 Oct; 10(10):1055-62.
24. Buiatti E, Palli D, Decarli A, Amadori D, Avellini C, Bianchi S, Bonaguri C, Cipriani F, Cocco P, Giacosa A, et al. A case-control study of gastric cancer and diet in Italy: II. Association with nutrients. *Int J Cancer*. 1990 May 15; 45(5):896-901.
25. Knekt P, Jarvinen R, Dich J, Hakulinen T. Risk of colorectal and other gastro-intestinal cancers after exposure to nitrate, nitrite and N-nitroso compounds: a follow-up study. *Int J Cancer*. 1999 Mar 15; 80(6):852-6.
26. La Vecchia C, Negri E, Franceschi S, Gentile A. Family history and the risk of stomach and colorectal cancer. *Cancer*. 1992 Jul 1; 70(1):50-5.
27. Palli D, Russo A, Ottini L, Masala G, Saieva C, Amorosi A, Cama A, D'Amico C, Falchetti M, Palmirotta R, Decarli A, Costantini RM, Fraumeni JF Jr. Red meat, family history, and increased risk of gastric cancer with microsatellite instability. *Cancer Res*. 2001 Jul 15; 61(14):5415-9.
28. Turati F TILVCNE. A meta-analysis of body mass index and esophageal and gastric cardia adenocarcinoma. *Annals of Oncology*.. 2013 Marzo; 24(3).
29. Jenkins WD CWMGRK. Population cancer risks associated with coal mining: a systematic review. *PLoS One*.. 2013 Agosto; 8(8).

30. Huang JQ, Sridhar S, Chen Y, Hunt RH. Meta-analysis of the relationship between Helicobacter pylori seropositivity and gastric cancer. *Gastroenterology*. 1998 Jun; 114(6):1169-79
31. Huang JQ, Zheng GF, Sumanac K, Irvine EJ, Hunt RH. Meta-analysis of the relationship between cagA seropositivity and gastric cancer. *Gastroenterology*. 2003 Dec; 125(6):1636-44.
32. Fendrick AM, Chernew ME, Hirth RA, Bloom BS, Bandekar RR, Scheiman JM. Clinical and economic effects of population-based Helicobacter pylori screening to prevent gastric cancer. *Arch Intern Med*. 1999 Jan 25; 159(2):142-8
33. Karita M TM. Endoscopic and histologic diagnosis of submucosal tumors of the gastrointestinal tract using combined strip biopsy and bite biopsy. *Gastrointestinal Endoscopy*. 1994 Noviembre-Diciembre; 40(6).
34. Clasificación Japonesa del Cáncer Gástrico 2° Edition English Version. *Gastric Cancer* (1988) 1:10-24.
35. Lauren P. The two histological main types of gastric carcinoma: diffuse and so-called intestinal type carcinoma. *Acta Path Microbiol Scan* 1965; 64: 31-49.
36. Classification of gastric carcinoma: 3rd English edition. Japanese Gastric Cancer Association. *Gastric Cancer* 2011; 14: 101-112.
37. Demeester S. Adenocarcinoma of the esophagus and cardia: A review of the disease and its treatment. *Ann Surg Oncol* 2006; 13: 12-30.
38. Lagergren J, Bergstrom R, Lindgren A, Nyren O. Symptomatic gastroesophageal reflux as a risk factor for esophageal adenocarcinoma. *N Engl J Med* 1999; 340: 825-31.
39. García C, Carlos. Actualización del diagnóstico y tratamiento del cáncer gástrico *Clin Las Condes* - 2013; 24(4) 627-636]
40. Paul F Mansfield MF. UpToDate. [Online].; 2015 [cited 2016 Diciembre 15. Available from: https://www.uptodate.com/contents/clinical-features-diagnosis-and-staging-of-gastric-cancer?source=related_link.

41. Tsubono Y, Nishino Y, Tsuji I, Hisamichi S. Screening for Gastric Cancer in Miyagi, Japan: Evaluation with a Population-Based Cancer Registry. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2000;1(1):57-60
42. Abdalla EK, Pisters PW. Staging and preoperative evaluation of upper gastrointestinal malignancies. *Semin Oncol.* 2004;31:513-29.
43. Guía Práctica clínica, Cáncer Gástrico en personas de 15 años y más. Ministerio de Salud, Chile 2006.
44. F G. Técnicas quirúrgicas en cáncer gástrico II-225, pág. 1-20.. [Online].; 2009 [cited 2016 diciembre 24. Available from: www.sacd.org.ar.
45. Uyama I, Sugioka A, Fujita J, Komori Y, Matsui H, Hasumi A. Laparoscopic total gastrectomy with distal pancreatectomy and D2 lymphadenectomy for advanced gastric cancer. *Gastric cancer* 1999; 2: 230-234.
46. Mochiki E, Kamiyama Y, Aihara R, Nakabayashi T, Asao T, Kuwano H. Laparoscopic assisted distal gastrectomy for early gastric cancer: Five years' experience. *Surgery* 2005; 137: 317-322.
47. Tanimura S, Higashino M, Fukunaga Y, Kishida S, Nishikawa M, Ogata A, et al: Laparoscopic distal gastrectomy with regional lymph node dissection for gastric cancer. *Surg Endosc* 2005; 19: 1177-1181.
48. Songun, I., Putter, H., Kranenbarg, E. M. K., Sasako, M., & van de Velde, C. J. Surgical treatment of gastric cancer: 15-year follow-up results of the randomized nationwide Dutch D1D2 trial. *The lancet oncology*, 2010, 11(5): 439-449.
49. Jiang L, Yang KH, Guan QL, Zhao P, Chen Y, Tian JH. Survival and recurrence free benefits with different lymphadenectomy for resectable gastric cancer: a meta-analysis. *J Surg Oncol.* 2013;107:807–814.
50. Schmidt B, Yoon SS. D1 versus D2 lymphadenectomy for gastric cancer. *J Surg Oncol.* 2013;107:259–264.
51. Demeester S. Adenocarcinoma of the esophagus and cardia: A review of the disease and its treatment. *Ann Surg Oncol* 2006; 13: 12-30.
52. Lerut T MJCWVRDDLDPDHea. Postoperative complications after transthoracic esophagectomy for cancer of the esophagus and

gastroesophageal junction are correlated with early cancer recurrence: role of systematic gradic of complications using the modified Clavien classification. *Annals of surgery*. 2009; 250(5).

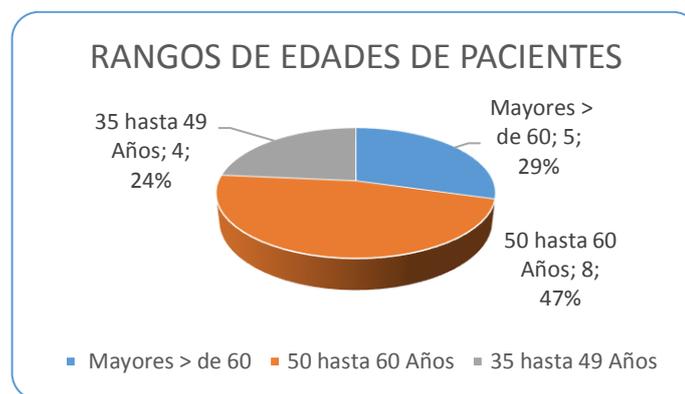
53. Siewert JR, Feith M, Werner M, Stein HJ. Adenocarcinoma of the esophagogastric junction: results of surgical therapy based on anatomical/topographic classification in 1,002 consecutive patients. *Annals of surgery*. 2000; 232: p. 353-361.
54. Lang H, Piso P, Stukenborg C, Raab R, Jähne J. Management and results of proximal anastomotic leaks in a series of 1114 total gastrectomies for gastric carcinoma. *European Journal of Surgical Oncology (EJSO)*. 2000; 26: p. 168-171.
55. Bolton JS C. WC 2nd. Postgastrectomy syndromes. *Surg Clin North AM*. 2011; 91.
56. Zenén Rodríguez Fernández, Luís Piña Prieto, Ernesto Manzano Horta, Carmen María Cisneros Domínguez, Wendy Liseth Ramón Fernández. Factores pronósticos relacionados con el cáncer gástrico. Santiago de Cuba, Cuba 2010.
57. Federation nationale des centres de lutte contre le cancer. Recommendations for clinical practice:2004 Standards, Options and Recommendations for management of patients with adenocarcinomas of the stomach (excluding cardiac and other histological forms of cancer) Federation nationale des centres de lutte contre le cancer] *Gastroenterol Clin Biol*. 2005 Jan;29(1):41-55.
58. Constitución de la República del Ecuador. Publicación Oficial de la Asamblea Nacional del Ecuador, Publicada en el Registro Oficial No. 499 20 de Octubre de 2008.
59. Andrade S, Grijalva A, Storini C. La nueva Constitución del Ecuador: Estado, derechos e instituciones: Corporación Editora Nacional; 2009.
60. Elorza Gd. Diccionario Medico Zamora. Colombia. Zamora Editoriales. 2006;; p. 54-57.
61. Ito H, Clancy TE, Osteen RT, Swanson RS, Bueno R, Sugarbaker DJ, et al. Adenocarcinoma of the gastric cardia: what is the optimal surgical approach? *Journal of the American College of Surgeons*. 2004; 199: p. 880-886.

62. Hundahl SA, Phillips JL, Menck HR. The National Cancer Data Base report on poor survival of US gastric carcinoma patients treated with gastrectomy. *Cancer*. 2000; 88: p. 921-932.
63. David Cunningham, M.D., William H. Allum, M.D., Sally P. Stenning, M.Sc., Jeremy N. Thompson, M.Chir., Cornelis J.H. Van de Velde, M.D., Ph.D., Marianne Nicolson, M.D., J. Howard Scarffe, M.D., Fiona J. Lofts, Ph.D., Stephen J. Falk, M.D., Timothy J. Iveson, M.D., David B. Smith, M.D., Ruth E. Langley, M.D., Ph.D., Monica Verma, M.Sc., Simon Weeden, M.Sc., and Yu Jo Chua, M.B., B.S., for the MAGIC Trial Participants: Perioperative Chemotherapy versus Surgery Alone for Resectable Gastroesophageal Cancer. *N Engl J Med* 2006;355:11-20.
64. Cort, Ure. Diccionario médico-biológico, histórico y etimológico. Salamanca, Ediciones Universidad de Salamanca. 2011.
65. SOCIEDAD DE LUCHA CONTRA EL CÁNCER DEL ECUADOR. SOLCA. [Online].; 2018 [cited 2018 11 11. Available from: <https://www.solca.med.ec/>.
66. Zhao P XSTLDZZXCX. Proximal gastrectomy with jejunal interposition and TGRY anastomosis for proximal gastric cancer. *World Journal of Gastroenterology*. 2014 Julio; 20(25).
67. Henson DE DCYMNHASJ. Differential trends in the intestinal and diffuse types of gastric carcinoma in the United States, 1973-2000: increase in the signet ring cell type. *Archives of Pathology and Laboratory Medicine*. 2004 Julio; 128(7).
68. J. Alcaide-García, R.M. Villatoro-Roldán, , D. Pérez-Martín, A. Rueda-Domínguez: Avances en el tratamiento de tumores digestivos del tracto superior: cáncer gástrico, esofágico, pancreático, y biliar. ¿ha cambiado algo en los últimos cinco años? Volumen: 33 Número: 1 04 Febrero 2010.
69. Mariette C, Castel B, Toursel H, Fabre S, Balon JM, Triboulet JP. Surgical management of and long-term survival after adenocarcinoma of the cardia. *British journal of surgery*. 2002; 89: p. 1156-1163.

7. ANEXOS

GRÁFICO 1: RANGOS DE EDADES DE PACIENTES

RANGOS DE EDADES DE PACIENTES		
Resultado	Cantidad	Porcentaje
Mayores > de 60	5	29,41
50 hasta 60 Años	8	47,06
35 hasta 49 Años	4	23,53
TOTAL DE PACIENTES INGRESADOS	17	100,00

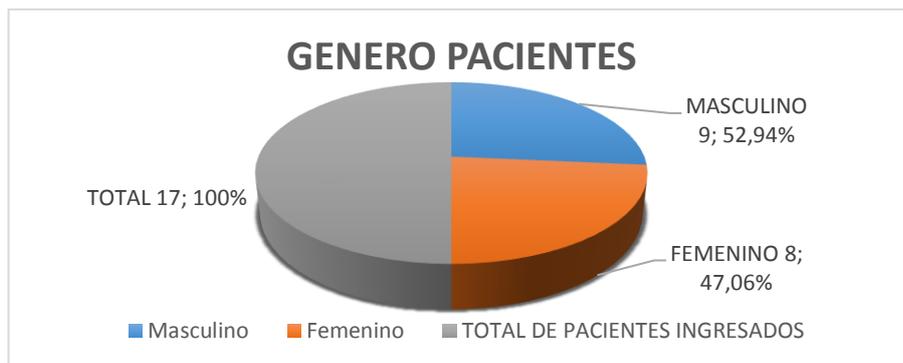


Fuente: Historias clínicas de pacientes atendidos en el ION-SOLCA.

Elaborado por: John Palomeque, Pablo Ulloa

GRÁFICO 2: GENERO DE PACIENTES

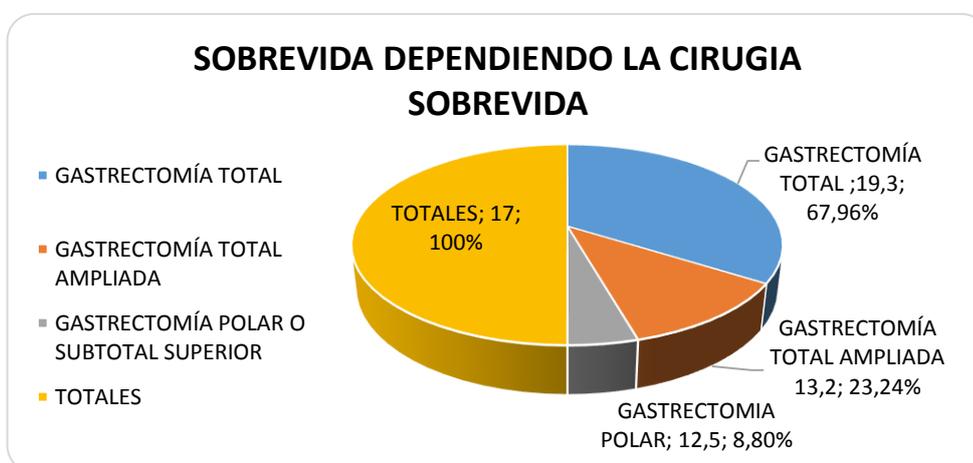
GENERO PACIENTES		
Resultado	Cantidad	Porcentaje
Masculino	9	52,94
Femenino	8	47,06
TOTAL DE PACIENTES INGRESADOS	17	100,00



Fuente: Historias clínicas de pacientes atendidos en el ION-SOLCA.
Elaborado por: John Palomeque, Pablo Ulloa

GRÁFICO 3: SOBREVIDA EN MESES DEPENDIENDO DE LA CIRUGÍA

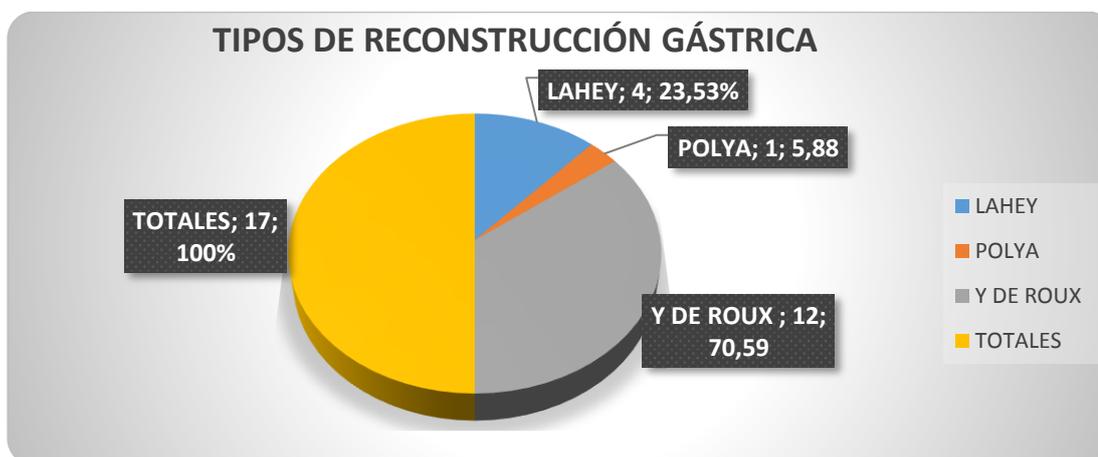
SOBREVIDA EN MESES DEPENDIENDO LA CIRUGIA			
TIPO DE CIRUGIA	CANTIDAD DE CIRUGIAS	PORCENTAJE	MESES
GASTRECTOMÍA TOTAL	10	67,96	19,3
GASTRECTOMÍA TOTAL AMPLIADA	5	23,24	13,2
GASTRECTOMÍA POLAR O SUBTOTAL SUPERIOR	2	8,80	12,5
TOTALES	17	100,00	



Fuente: Historias clínicas de pacientes atendidos en el ION-SOLCA.
Elaborado por: John Palomeque, Pablo Ulloa

GRÁFICO 4: TIPOS DE RECONSTRUCCIÓN GÁSTRICA

TIPOS DE RECONSTRUCCIÓN GÁSTRICA		
TIPO DE RECONSTRUCCIÓN	CANTIDAD DE RECONSTRUCCIÓN	PORCENTAJE
LAHEY	4	23,53
POLYA	1	5,88
Y DE ROUX	12	70,59
TOTALES	17	100,00



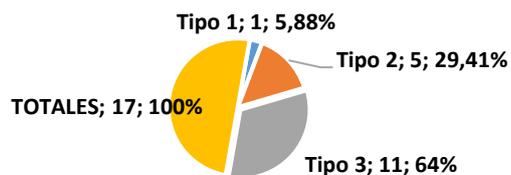
Fuente: Historias clínicas de pacientes atendidos en el ION-SOLCA.
Elaborado por: John Palomeque, Pablo Ulloa

GRÁFICO 5: UBICACIÓN DEL TUMOR SEGÚN CLASIFICACIÓN DE SIEWERT

SEGÚN EL TIPO DE SIEWERT			
TIPO DE CIRUGIA	IDENTIFICATIVO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
5 A 1CM PROXIMAL AL CARDIAS (BARRET)	1	1	5,88
1CM PROXIMAL Y 2 CM DISTAL AL CARDIAS	2	5	29,41
2 A 5CM DISTALES AL CARDIAS	3	11	64,71
TOTALES		17	100,00

SEGÚN EL TIPO DE SIEWERT

- 5 A 1CM PROXIMAL AL CARDIAS (BARRET)
- 1CM PROXIMAL Y 2 CM DISTAL AL CARDIAS
- 2 A 5CM DISTALES AL CARDIAS

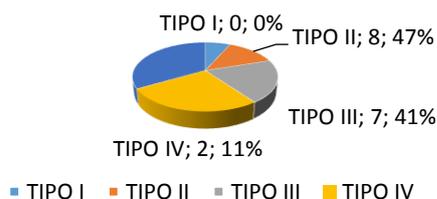


Fuente: Historias clínicas de pacientes atendidos en el ION-SOLCA.
Elaborado por: John Palomeque, Pablo Ulloa

GRÁFICO 6: CLASIFICACIÓN DE LOS TUMORES SEGÚN BORMANN

CLASIFICACIÓN BORMANN			
TIPO DE CIRUGIA	IDENTIFICATIVO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
TIPO I	1	0	0,00
TIPO II	2	8	47,06
TIPO III	3	7	41,18
TIPO IV	4	2	11,76
TOTALES		17	100,00

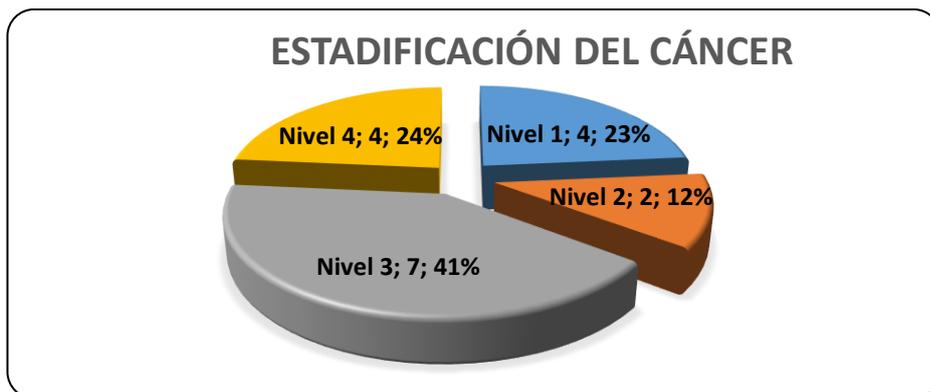
CLASIFICACIÓN BORMANN



Fuente: Historias clínicas de pacientes atendidos en el ION-SOLCA.
Elaborado por: John Palomeque, Pablo Ulloa

GRÁFICO 7: CLASIFICACIÓN DE LOS SUJETOS SEGÚN SU ESTADIO CLÍNICO INICIAL

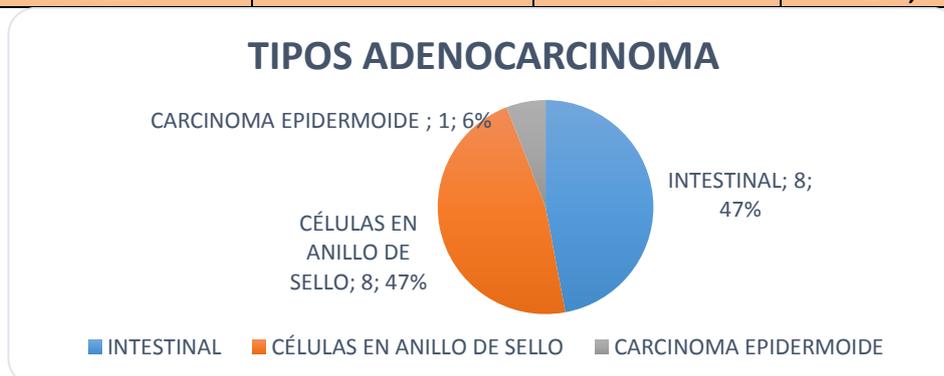
ESTADIFICACIÓN DEL CÁNCER		
Estadio	Nº Casos	Porcentaje
Nivel 1	4	23,53
Nivel 2	2	11,76
Nivel 3	7	41,18
Nivel 4	4	23,53
Total	17	100,00



Fuente: Historias clínicas de pacientes atendidos en el ION-SOLCA.
Elaborado por: John Palomeque, Pablo Ulloa

GRÁFICO 8: CLASIFICACIÓN HISTOPATOLÓGICA DE LOS TIPOS DE ADENOCARCINOMA

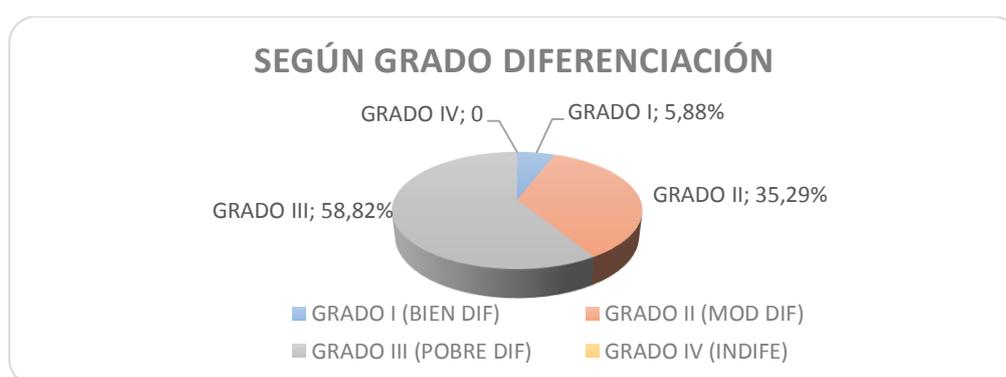
TIPOS DE ADENOCARCINOMA			
TIPO DE CIRUGIA	IDENTIFICATIVO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
INTESTINAL	1	8	47.06
CÉLULAS EN ANILLO DE SELLO	2	8	47.06
CARCINOMA EPIDERMOIDE	3	1	5.88
TOTALES		17	100,00



Fuente: Historias clínicas de pacientes atendidos en el ION-SOLCA.
Elaborado por: John Palomeque, Pablo Ulloa

GRÁFICO 9: CLASIFICACIÓN SEGÚN EL GRADO DE DIFERENCIACIÓN

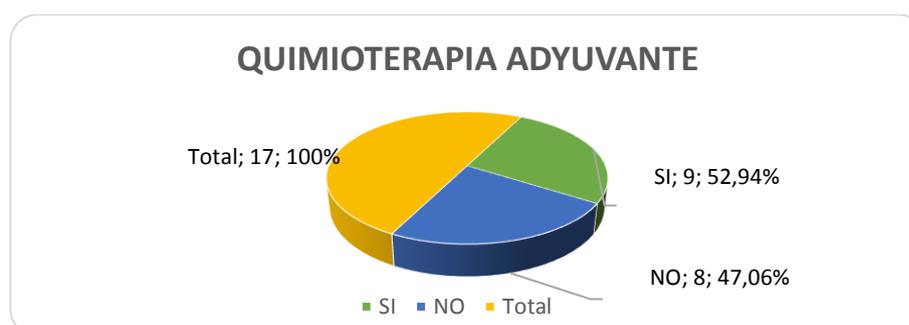
SEGÚN GRADO DIFERENCIACIÓN			
TIPO DE CIRUGIA	IDENTIFICATIVO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
GRADO I	1	1	5,88
GRADO II	2	6	35,29
GRADO III	3	10	58,82
GRADO IV	4	0	0,00
TOTALES		17	100,00



Fuente: Historias clínicas de pacientes atendidos en el ION-SOLCA.
Elaborado por: John Palomeque, Pablo Ulloa

GRÁFICO 10: PACIENTES QUE RECIBIERON QUIMIOTERAPIA ADYUVANTE

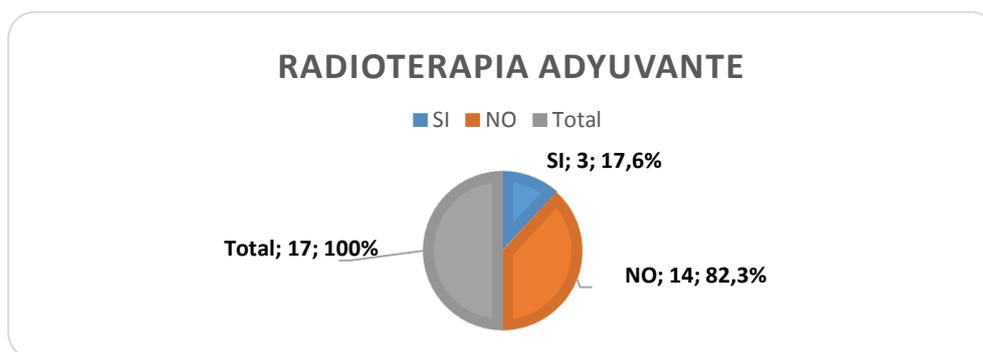
TERAPIA ADYUVANTE		
Causa	Quimioterapia	Porcentaje
SI	9	52,94
NO	8	47,06
Total	17	100,00



Fuente: Historias clínicas de pacientes atendidos en el ION-SOLCA.
Elaborado por: John Palomeque, Pablo Ulloa

GRÁFICO 11: SUJETOS QUE RECIBIERON RADIOTERAPIA ADYUVANTE

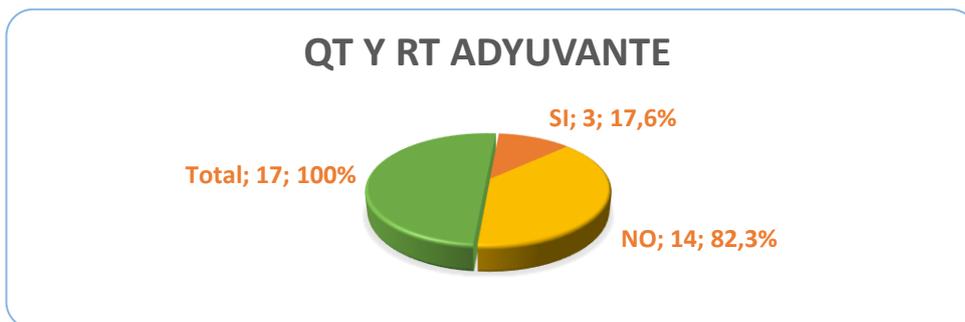
TERAPIA ADYUVANTE		
Causa	Radioterapia	Porcentaje
SI	3	17,6
NO	14	82,3
Total	17	100,00



Fuente: Historias clínicas de pacientes atendidos en el ION-SOLCA.
Elaborado por: John Palomeque, Pablo Ulloa

GRÁFICO 12: SUJETOS QUE RECIBIERON TERAPIA ADYUVANTE

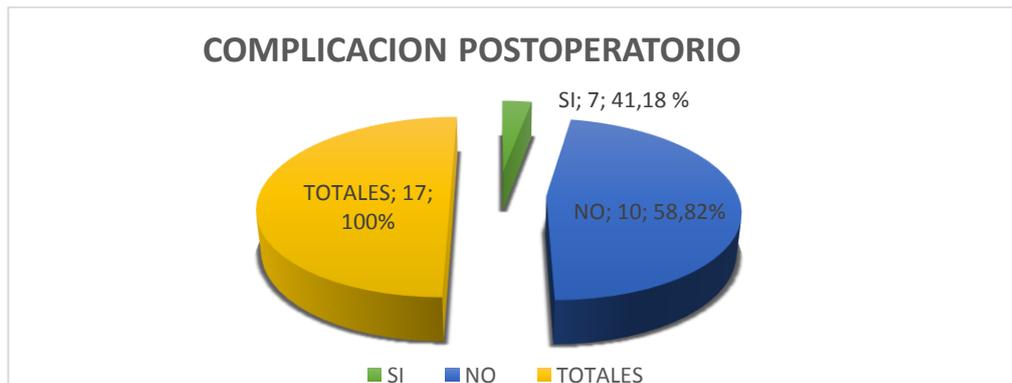
TERAPIA ADYUVANTE		
Causa	QT Y RT	Porcentaje
SI	3	17,6
NO	14	82,3
Total	17	100,00



Fuente: Historias clínicas de pacientes atendidos en el ION-SOLCA.
Elaborado por: John Palomeque, Pablo Ulloa

GRÁFICO 13: COMPLICACIONES POSTQUIRÚRGICAS GLOBALES

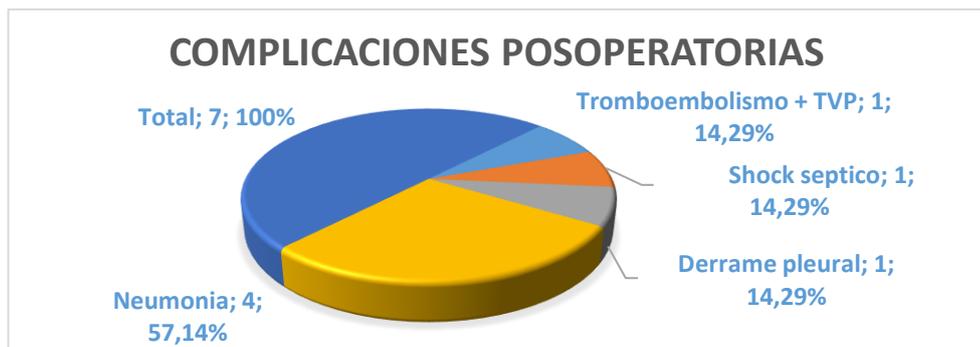
COMPLICACIONES POSOPERATORIAS		
Causa	Total	Porcentaje
SI	7	41,18
NO	10	58,82
TOTALES	17	100,00



Fuente: Historias clínicas de pacientes atendidos en el ION-SOLCA.
Elaborado por: John Palomeque, Pablo Ulloa

GRÁFICO 14: CAUSAS DE LAS COMPLICACIONES POSTQUIRÚRGICAS

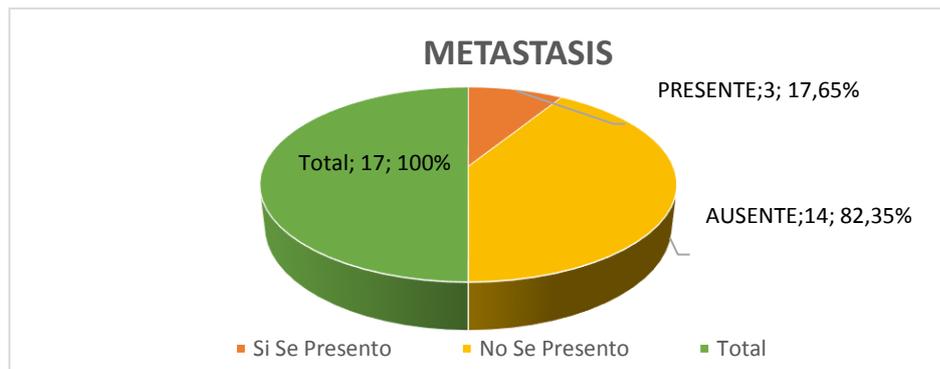
COMPLICACIONES POSOPERATORIAS		
CUALES	TOTAL	PORCENTAJE
Tromboembolismo + trombosis venosa profunda	1	14,29
Shock séptico de partes blandas	1	14,29
Derrame pleural	1	14,29
Neumonía	4	57,14
Total	7	100,00



Fuente: Historias clínicas de pacientes atendidos en el ION-SOLCA.
Elaborado por: John Palomeque, Pablo Ulloa

GRÁFICO 15: SUJETOS QUE PRESENTARON METÁSTASIS

METASTASIS		
PRESENCIA	TOTAL	PORCENTAJE
PRESENTE	3	17,65
AUSENTE	14	82,35



Fuente: Historias clínicas de pacientes atendidos en el ION-SOLCA.
Elaborado por: John Palomeque, Pablo Ulloa

GRÁFICO 16: SITUACIÓN ACTUAL DE LOS PACIENTES

CONTROL Y SEGUIMIENTO		
CAUSA	TOTAL	PORCENTAJE
LIBRE	3	17,65
VIVO CON RECIDIVA	0	0,00
VIVO CON METÁSTASIS	0	0,00

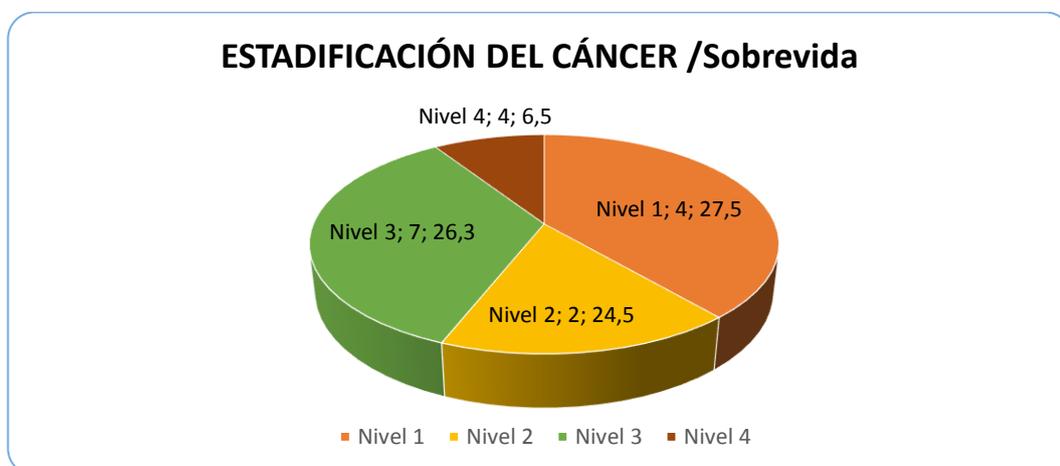
PERDIDO	8	47,06
FALLECIDO	6	35,29
Total	17	100,00



Fuente: Historias clínicas de pacientes atendidos en el ION-SOLCA.
Elaborado por: John Palomeque, Pablo Ulloa

GRÁFICO 17: SOBREVIDA DE LOS PACIENTES SEGÚN EL ESTADIO

SOBREVIDA EN MESES SEGÚN ESTADIO		
Estadio	Nº Casos	Sobrevida media en meses
Nivel 1	4	27,5
Nivel 2	2	24,5
Nivel 3	7	26,3
Nivel 4	4	6,5
Total	17	



Fuente: Historias clínicas de pacientes atendidos en el ION-SOLCA.
Elaborado por: John Palomeque, Pablo Ulloa

GRÁFICO 18: CAUSAS DE MUERTE SIN RELACIÓN A LA CIRUGÍA

CAUSAS DE MUERTE SIN RELACION A LA CIRUGIA		
CAUSA	TOTAL	PORCENTAJE
Tromboembolismo + trombosis venosa profunda	1	14,29
Shock séptico de partes blandas	1	14,29
Desconocida	1	14,29
Neumonía	4	57,14
Total	7	100



Fuente: Historias clínicas de pacientes atendidos en el ION-SOLCA.
Elaborado por: John Palomeque, Pablo Ulloa