



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA**

TEMA:

Manifestaciones digestivas inespecíficas asociadas al diagnóstico de cáncer gástrico. Hospital General Norte de Guayaquil Los Ceibos, durante 2019-2021.

AUTORES:

**Castillo Almeida, Samanta Noelia
Suástegui Jaramillo, Gisella Dennisse**

**Trabajo de titulación previo a la obtención del título de
MÉDICO**

TUTOR:

Dr. Tettamanti Miranda, Daniel Gerardo

Guayaquil, Ecuador

1 de septiembre del 2022



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación, fue realizado en su totalidad por **Castillo Almeida, Samanta Noelia y Suástegui Jaramillo, Gisella Dennisse**, como requerimiento para la obtención del título de **Médico General**.

TUTOR

f. 
Dr. Tettamanti Miranda Daniel Gerardo

DIRECTOR DE LA CARRERA

f. _____
Dr. Aguirre Martínez Juan Luis, Mgs.

Guayaquil, a los 1 del mes de septiembre del año 2022



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA**

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, **Castillo Almeida, Samanta Noelia**

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación, **Manifestaciones Digestivas Inespecíficas Asociadas al Diagnóstico de Cáncer Gástrico. Hospital General Norte de Guayaquil Los Ceibos, Durante 2019-2021** previo a la obtención del título de **Médico General**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, al día 1 del mes de septiembre del año 2022

AUTORA:

f. 

Castillo Almeida, Samanta Noelia



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA**

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, **Suástegui Jaramillo, Gisella Dennisse**

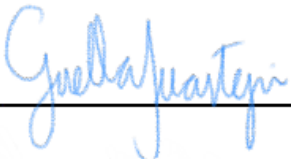
DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación, **Manifestaciones Digestivas Inespecíficas Asociadas al Diagnóstico de Cáncer Gástrico. Hospital General Norte de Guayaquil Los Ceibos, Durante 2019-2021** previo a la obtención del título de **Médico General**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, al día 1 del mes de septiembre del año 2022

AUTORA:

f. 

Suástegui Jaramillo, Gisella Dennisse



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA

AUTORIZACIÓN

Yo, **Castillo Almeida, Samanta Noelia**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **Manifestaciones Digestivas Inespecíficas Asociadas al Diagnóstico de Cáncer Gástrico. Hospital General Norte de Guayaquil Los Ceibos, Durante 2019-2021**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, al día 1 del mes de septiembre del año 2022

LA AUTORA:

f. 

Castillo Almeida, Samanta Noelia



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA

AUTORIZACIÓN

Yo, **Suástegui Jaramillo, Gisella Dennisse**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **Manifestaciones Digestivas Inespecíficas Asociadas al Diagnóstico de Cáncer Gástrico. Hospital General Norte de Guayaquil Los Ceibos, Durante 2019-2021**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, al día 1 del mes de septiembre del año 2022

LA AUTORA:

f.  _____

Suástegui Jaramillo, Gisella Dennisse

REPORTE URKUND



Document Information

Analyzed document	CASTILLO-SUASTEGUI P69.pdf (D143274011)
Submitted	8/26/2022 7:28:00 AM
Submitted by	
Submitter email	dantettamanti@gmail.com
Similarity	2%
Analysis address	martha.montalvan.ucsg@analysis.urkund.com

f. 
Dr. Tettamanti Miranda Daniel Gerardo

AGRADECIMIENTO

Después de tantos ciclos llenos de sacrificios, madrugadas de estudio y momentos de diversión quiero agradecer a mi madre que ha sido un pilar fundamental durante toda mi carrera, quien pudo darme su apoyo durante los momentos en que quería tirar la bata y renunciar, los momentos de felicidad después de aprobar una materia complicada, los recorridos a la universidad y a los hospitales, entre otras cosas. A mi familia en si por no perder la fé en mi. A mis amigos que estuvieron día y noche en el mismo sendero. Gracias por las noches de estudio, los vínculos que creamos; los llantos, las risas, las peleas y me agradezco a mi misma por seguir a pesar de todas las adversidades que se presentaron durante todo este tiempo. Agradezco también a mi padre que está viéndome desde arriba orgulloso de ver cómo cumplo uno de sus sueños.

Samanta Noelia Castillo Almeida

AGRADECIMIENTO

En primera instancia agradezco a Dios por otorgarme la oportunidad de formarme en la UCSG, que me ha brindado grandes enseñanzas tanto académicas como de superación por parte de grandes docentes. A la vez agradezco a mi familia que estuvo en cada desafío que se presentó en el camino de esta hermosa carrera llamada Medicina. Además, a mi amuleto de la buena suerte, mi compañero fiel durante todas las noches de desvelo, que nada más bastaba verle dormir para no sentirme sola y continuar con mis estudios a gusto.

Gisella Dennisse Suástegui Jaramillo

DEDICATORIA

Quiero dedicarle este trabajo de investigación a mi familia, en especial a mi papá que me cuida desde arriba y se que estaría muy orgulloso de mi. Así mismo, a mi madre por el apoyo incondicional durante toda la carrera

Samanta Noelia Castillo Almeida

DEDICATORIA

Dedico este trabajo de investigacion a mis abuelitos, que sé que estarían muy orgullosos de mí, de igual manera que yo estoy orgullosa de como me han formado y ser su nieta.

Gisella Dennisse Suástegui Jaramillo



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA**

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. _____

Dr. Aguirre Martinez Juan Luis, Mgs
DECANO O DIRECTOR DE CARRERA

f. _____

Dr. Andrés Mauricio Ayon Genkuong
COORDINADOR DEL ÁREA O DOCENTE DE LA CARRERA

f. _____

OPONENTE

ÍNDICE

AGRADECIMIENTO	VIII
DEDICATORIA.....	IX
RESUMEN.....	XIV
ABSTRACT	XV
CAPITULO I.....	2
1.1.- Antecedentes investigativos	2
1.2.- Planteamiento del problema.....	3
1.3.- Justificación	3
1.4.-Hipótesis	3
1.5.- Objetivos.....	3
1.5.1.- Objetivo General	3
1.5.2.- Objetivos específicos	4
CAPITULO II.....	5
MARCO TEORICO	5
2.1.- Definición de cáncer gástrico	5
2.2.- Características epidemiológicas.....	6
2.3.- Factores de riesgo	6
2.3.1.-Helicobacter pylori:	6
2.3.2.-Dieta y obesidad.....	7
2.3.3.-Hábitos tóxicos	7
2.3.4.-Historia familiar.....	7
2.4.- Manifestaciones clínicas	7

2.5.-Historia natural de la enfermedad	8
2.5.1.- Fase carcinogénica.....	8
2.5.2.- Fase asintomática	9
2.5.3.- Fase sintomática	9
2.6.- Diagnóstico	11
2.6.1.- Endoscopia de luz blanca:	11
2.6.2.- Cromoendoscopia	11
2.6.3.- Imágenes de banda estrecha:	11
2.6.4.- Ultrasonografía endoscópica:	12
2.7.- Tratamiento.....	13
2.7.1.- Cirugía.....	13
2.7.2.- Quimioterapia adyuvante	14
CAPITULO III.....	16
DISEÑO METODOLÓGICO Y RESULTADOS	16
3.1.- Lugar.....	16
3.2.- Periodo de estudio	16
3.3.- Tipo de investigación	16
3.4.- Población de estudio.....	16
3.4.1.- Criterios de inclusión	16
3.4.2.- Criterios de exclusión	16
3.5.- Método de muestreo	16
3.6.- Método de recolección de datos.....	17
3.7.- Operacionalización de variables.....	17

3.8.- RESULTADOS	20
3.9.- Discusión	27

RESUMEN

Introducción: El cáncer gástrico es una neoplasia maligna que inicia en la mucosa, extendiéndose a través de la misma hacia la submucosa y a las capas más profundas, llegando incluso a órganos adyacentes.⁽¹⁾ Su prevalencia a nivel mundial es del 6%, ubicándose en el quinto lugar en incidencia de todos los nuevos diagnósticos de cáncer.⁽²⁾ En cuanto a sus manifestaciones clínicas, En estadios iniciales es muy inespecífico, por lo que dificulta y retrasa el diagnóstico. Por tal motivo, este trabajo tiene como objetivo, demostrar la asociación de las manifestaciones digestivas inespecíficas con el desarrollo del cáncer gástrico. **Materiales y métodos:** La presente investigación se usó un enfoque cuantitativo, observacional, analítico, retrospectivo y transversal, en el Hospital General Norte de Guayaquil Los Ceibos, dentro del periodo 2019 al 2021, en el área de Gastroenterología donde se utilizó una población de 244 personas y una muestra de 150, obtenidos por muestreo aleatorio simple. **Resultados y conclusión:** El sexo más frecuente es el masculino en un 70% de los casos. En relación al grupo etario el más afectado es el grupo mayores a 45 años en un 84%. Las manifestaciones clínicas inespecíficas que se encontraron con mayor frecuencia fueron: dolor abdominal, dispepsia, saciedad precoz, anemia inespecífica y melena. Además, el síntoma más común es la dispepsia, seguida del dolor abdominal por lo que se puede relacionar que estas manifestaciones gástricas inespecíficas se pueden detectar de forma temprana y así ofrecer a nuestros pacientes un mejor control y terapéutica de forma precoz que nos ayude a dar una mejor calidad de vida.

Palabras Claves: *neoplasia, helicobacter pylori, dispepsia, epigastralgia, pirosis, gastritis, hematemesis, disfagia, melena, hematoquecia, saciedad precoz, anemia inespecífica.*

ABSTRACT

Introduction: Gastric cancer is a malignant neoplasm that begins in the mucosa, spreading through the mucosa to the submucosa and deeper layers, even reaching adjacent organs. (1) Its prevalence worldwide is 6%, ranking fifth in incidence of all new cancer diagnoses. (2) As far as its incidence is concerned, gastric cancer is concerned. In the early stages it is very nonspecific, so it hinders and delays diagnosis. For this reason, this work aims to demonstrate the association of nonspecific digestive manifestations with the development of gastric cancer. **Materials and Methods:** This research used a quantitative, observational, analytical, retrospective and cross-sectional approach in the Northern General Hospital of Guayaquil Los Ceibos, from 2019 to 2021, in the area of Gastroenterology, where a population of 244 people and a sample of 150, obtained by simple random sampling were used. **Results and conclusion:** The most frequent sex is male in 70% of cases. In relation to the age group, the most affected is the group over 45 years of age by 84%. The most frequently encountered nonspecific clinical manifestations were abdominal pain, dyspepsia, early satiety, nonspecific anaemia and melena. In addition, the most common symptom is dyspepsia, followed by abdominal pain, so it can be related that these unspecified gastric manifestations can be detected early and thus offer our patients better control and early therapy that helps us to provide a better quality of life.

Keywords: *neoplasia, helicobacter pylori, dyspepsia, epigastralgia, heartburn, gastritis, hematemesis, dysphagia, melena, hematocheia, early satiety, nonspecific anemia.*

CAPITULO I

1.1.- Antecedentes investigativos

El cáncer (Ca) gástrico es una neoplasia maligna que se inicia en la mucosa, extendiéndose a través de la misma hacia la submucosa y a las capas más profundas, llegando incluso a órganos adyacentes como son el páncreas o el bazo.⁽¹⁾ Su prevalencia a nivel mundial es del 6%, ubicándose en el quinto lugar en incidencia de todos los nuevos diagnósticos de cáncer, precedido por el cáncer de pulmón, el de mama, el colorrectal y el de próstata.⁽²⁾ En el Ecuador se puede encontrar una alta prevalencia, como se observa en las cifras de INEC con 3894 egresos hospitalarios con diagnóstico de tumor maligno de estómago durante el año 2018.⁽³⁾

El cáncer gástrico en cuanto a sus manifestaciones en su estadio inicial es muy inespecífico, lo que no solo dificulta, sino también retrasa el diagnóstico. En estadios más avanzados se comienzan a presentar molestias epigástricas, vómitos, dispepsia, y ya en etapas posteriores puede aparecer sangrado digestivo alto,⁽⁴⁾ ya sea en forma de hematemesis, melena, anemia de etiología no explicable, hematoquecia por peristaltismo aumentado o sangre oculta en heces.⁽⁵⁾

Este tipo de sintomatología tiene una mayor prevalencia en mayores de 65 años ya como resultado de las diversas complicaciones que se pueden desarrollar por la neoplasia o por la farmacoterapia; lo que no significa que en menores de 65 años no pueda aparecer. De ahí la importancia del diagnóstico precoz teniendo en cuenta cada síntoma que presenta el paciente, ya que esto redundará en una pronta terapéutica y por ende en una mayor expectativa de vida.⁽⁶⁾

1.2.- Planteamiento del problema

Mediante esta investigación, se intenta demostrar que manifestaciones digestivas inespecíficas abren la posibilidad de diagnóstico de cáncer gástrico. Por ende, es necesario alentar a ser más acucioso y cumplir con las investigaciones pertinentes en este tipo de población, y así no retardar el definitivo y aminorar las consecuencias, resultando en una disminución de la alta tasa de mortalidad que el cáncer gástrico posee.

1.3.- Justificación

Según la Sociedad de Lucha contra el Cáncer (SOLCA), siendo el cáncer gástrico uno de los tipos de neoplasia maligna que mayor mortalidad causa en el Ecuador, existen pocos estudios que le den un valor de significancia apropiado a las manifestaciones digestivas que pueden ser interpretadas como inespecíficas. Por ende, se busca incentivar el dar una mayor importancia a este tipo de sintomatología porque podría guardar una relación significativa con el desarrollo de la enfermedad. Esto no solo nos daría un diagnóstico más oportuno, sino que a la vez generaría disminución de costos, al poder brindar un tratamiento menos agresivo y así el resultado de una mejor calidad de vida.⁽⁷⁾

1.4.-Hipótesis

Las manifestaciones gástricas inespecíficas son una forma de presentación del cáncer gástrico.

1.5.- Objetivos

1.5.1.- Objetivo General

Determinar la asociación entre manifestaciones digestivas inespecíficas y cáncer gástrico.

1.5.2.- Objetivos específicos

1. Establecer las características clínico-epidemiológicas de la población en estudio.
2. Determinar la frecuencia de debut de manifestaciones típicas de neoplasia con manifestaciones inespecíficas
3. Relacionar la variedad histopatológica con las manifestaciones iniciales del cáncer gástrico.
4. Relacionar la ubicación de la lesión endoscópica maligna con las manifestaciones clínicas del cáncer gástrico.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

2.1.- Definición de cáncer gástrico

El cáncer gástrico es una de las neoplasias con mayor índice de mortalidad a nivel mundial. Se caracteriza por el desarrollo de una célula anormal, con crecimiento no controlado y pudiendo afectar cualquier parte del órgano, aunque lo más frecuente es el compromiso del cuerpo gástrico. Este tipo de cáncer en particular suele desarrollarse de manera lenta y silenciosa ya que se generan cambios precancerosos en la mucosa, los cuales no suelen llegar a producir ningún tipo de síntomas. Un claro ejemplo, es la afectación del helicobacter pylori de forma crónica a nivel de la mucosa gástrica. Este patógeno en un principio induce microlesiones pre cancerígenas a nivel histológico de forma sigilosa y pausada. Este estímulo crónico al no cesar comienza a dar lesiones cancerígenas que pueden o no dar sintomatología significativa. Por ende, un diagnóstico oportuno durante las etapas tempranas de la enfermedad se entorpece por la florada sintomatología que da la evolución este tipo de cáncer.⁽⁸⁾

Esta fase de cambios precancerosos de la mucosa son de prevalencia baja durante la infancia aumentando de manera significativa sobre todo a partir de los 40 años de edad. La aparición de los síntomas del cáncer gástrico generalmente indica una etapa avanzada de la enfermedad principalmente en población mayor a 60 años, razón por la cual se cree que es una patología asociada al envejecimiento.

Las manifestaciones clínicas del cáncer gástrico van a depender de diversos factores, entre ellos: el estadio, la extensión a otros órganos y sobre todo la región anatómica del estómago involucrada, ya que cada sección de este órgano es capaz de producir síntomas y consecuencias diferentes, por lo que su manejo y tratamiento deberá ser enfocado y manejado de acuerdo a la parte afectada.⁽⁹⁾

2.2.- Características epidemiológicas

El cáncer gástrico sigue siendo una de las neoplasias más comunes y mortales en todo el mundo. Si uno se fija en los datos de The Global Cancer Observatory (GLOBOCAN) en el año 2018 en comparación con los datos de 2020, continua entre las primeras 10 neoplasias más mortales; ubicada en el tercer lugar con un aproximado de 768 793 de fallecidos en 2020. ⁽¹⁰⁾ En cuanto a Ecuador, de acuerdo a los resultados del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) en 2020 hubo egresos hospitalarios de 3.124 pacientes con diagnóstico de tumor maligno de estómago siendo las provincias con mayor casos; Pichincha con 938 casos, Manabí 477 y Guayas con 450 casos. Es preciso resaltar que los resultados de INEC en el año 2019 tuvieron cifras igualmente significativas de egresos hospitalarios con un estimado de 4.291 pacientes de los cuales Pichincha sigue encabezando con 938 pacientes, Manabí con 619 y la provincia de Guayas con 586 casos. ⁽¹¹⁾⁽¹²⁾

2.3.- Factores de riesgo

Entre los factores de riesgo de desarrollo para cáncer gástrico tenemos lo siguiente:

2.3.1.-Helicobacter pylori:

El principal factor de riesgo del cáncer gástrico es el H. pylori ya que, al causar gastritis aguda, de no ser detectado y tratado a tiempo puede causar gastritis crónica atrófica junto con metaplasia intestinal y displasia terminando en un carcinoma gástrico, pero cabe recalcar que es obvio que no todas las personas infectadas llegan a desarrollar cáncer gástrico, pero a pesar de esto es considerado como el factor de riesgo más importante para la génesis de neoplasia gástrica. Romero Pérez y otros plantearon que “según datos publicados por GLOBOCAN, para el año 2025 se estiman alrededor de 19,3 millones de nuevos casos de cáncer, 11,4 millones de muertes por esta causa. ⁽¹³⁾ Aunque sea un carcinógeno tipo 1 esta no es la única causa para su desarrollo.

2.3.2.-Dieta y obesidad

El alto contenido de sal dentro de la dieta, el consumo frecuente de alimentos ahumados junto con nitratos, el bajo consumo de frutas y verduras, por la deficiencia de aporte de diferentes vitaminas esenciales como las vitaminas A, C y E, aunada a la ingesta elevada de grasas, frituras y carnes rojas aumentan el riesgo de desarrollar cáncer gástrico.

Por otro lado, la obesidad ha sido descrita como un factor de riesgo no solo para el cáncer de estómago sino para numerosas enfermedades del tracto gastrointestinal. La obesidad se asocia con un riesgo de 2 a 3 veces más elevado de cáncer cardial pudiéndose relacionar con las citocinas proinflamatorias que se producen por la grasa intraabdominal. ⁽¹³⁾

2.3.3.-Hábitos tóxicos

El tabaco es el principal hábito tóxico relacionado con el desarrollo de cáncer gástrico. El fumar aumenta el riesgo entre 1,5 a 3 veces más a generar esta neoplasia. En cambio, no ha sido posible demostrar la relación del alcohol y esta patología. ⁽¹³⁾

2.3.4.-Historia familiar

Definitivamente hay una relación directa entre la consanguinidad de primer grado o síndromes hereditarios específicos con la aparición de esta enfermedad; un ejemplo, la poliposis adenomatosis familiar, el CA gástrico hereditario difuso que son los responsables entre el 1% al 3% de los casos.

La prevalencia de la metaplasia intestinal, gastritis atrófica e hipoclorhidria es mayor en familiares de primer grado con pacientes que presentan adenocarcinoma gástrico hereditario. Existe una asociación con mutaciones en el gen CDH1 hasta en un 40% de los familiares con adenocarcinoma tipo difuso. ⁽¹³⁾

2.4.- Manifestaciones clínicas

Durante la etapa inicial el paciente permanece asintomático y cuando se empieza a desarrollar algún tipo de síntoma es muy probable que la

enfermedad ya se encuentre en etapas avanzadas por lo cual el tratamiento quirúrgico, no podrá ser curativo y tan solo otorga a la persona un beneficio transitorio con una discreta mejora de la supervivencia y tan solo beneficia la calidad de vida.

Al inicio de la patología y de presentar manifestaciones clínicas estas son inespecíficas y pueden ser consideradas como no importantes, lo que lleva a diferir el diagnóstico al ser confundidas con otras patologías de estómago. El dolor epigástrico es uno de los síntomas más frecuentes que suele presentarse en un 70% de los casos. A medida que la enfermedad progresa pueden presentarse otros síntomas, estos comprenden dolor abdominal difuso, náuseas, vómitos, saciedad temprana, anorexia, astenia y pérdida de peso. En casos todavía más avanzados pueden aparecer otras manifestaciones como hematemesis, melena, obstrucción intestinal, perforaciones, metástasis regionales y a distancia. ⁽¹³⁾⁽¹⁴⁾

2.5.-Historia natural de la enfermedad

Para poder desarrollar las manifestaciones en relación al desenvolvimiento de esta compleja enfermedad, es necesario recalcar sus 3 fases, comprendidas por: la fase carcinogénica, fase asintomática y la fase sintomática. ⁽¹⁵⁾

2.5.1.- Fase carcinogénica

La fase carcinogénica tiene larga data y es silenciosa. Está en relación con la gastritis crónica, que es la consecuencia de la infección por el *helicobacter pylori*, que sería el factor etiológico inicial. Esta gastritis luego de desarrollarse durante años y sumándose a factores genéticos y ambientales podría seguir con manifestaciones evolutivas: primero de atrofia gástrica, luego de metaplasia intestinal, displasia y terminar en adenocarcinoma. ⁽¹⁵⁾

2.5.2.- Fase asintomática

Durante este periodo podría ser detectado por medio de exámenes de tamizaje antes de que empiecen a desarrollarse los síntomas de etapas tardías. El cáncer gástrico temprano es capaz de progresar a cáncer gástrico avanzado en 33 a 48 meses y gran parte de este tiempo puede ser asintomático o producir síntomas inespecíficos o banales. Por consiguiente, el índice de sospechas las pruebas de tamizaje ayudan al diagnóstico precoz de esta enfermedad lo que lleva a un pronóstico más favorable brindándole una mayor cantidad de opciones en cuanto a su tratamiento. Vale la pena recalcar que las manifestaciones específicas se presentan en etapas avanzadas donde el tratamiento quirúrgico curativo es imposible.⁽¹⁵⁾

2.5.3.- Fase sintomática

Los síntomas específicos de la enfermedad se presentan en las etapas más avanzadas de la patología, cuando ya el tratamiento quirúrgico curativo no es posible por lo que las probabilidades de remisión son casi nulas. Por otra parte, las manifestaciones que se lleguen a presentar van a depender de algunos factores como; la edad del paciente, la localización y extensión del tumor.⁽¹⁵⁾

En el caso de los tumores que se encuentran en tractos de entrada o salida del estómago, estos desarrollan síntomas dispépticos leves hasta que llegan a dar una obstrucción completa. Por otro lado, los tumores que se encuentran en el cuerpo del estómago permanecen asintomáticos hasta estadios muy avanzados. Generalizando, las manifestaciones de las neoplasias gástricas no solamente dependen de la localización anatómica del tumor y su extensión sino también de la edad del paciente, de los hábitos alimenticios del paciente, la carga genética, hábito tabáquico, consumo de alcohol y otros.⁽¹⁶⁾

Dentro del cuadro clínico, los síntomas que se han encontrado más frecuentemente son: epigastralgia, dispepsias, anorexia, pérdida ponderal de peso progresivo, vómitos, hematemesis, melena, disfagia, diarrea y

esteatorrea. Podríamos establecer 3 formas clínicas de presentación: una forma insidiosa, una obstructiva y la tercera en forma de carcinoma ulcerado.

El patrón insidioso se caracteriza por una mayor dificultad para el diagnóstico, ya que presenta una amplia variedad de síntomas iniciales inespecíficos con mayor frecuencia en los tumores localizados en el cuerpo del estómago en los que a su vez no hay la más mínima interferencia en la función gástrica normal durante la fase temprana. Los síntomas principales dentro de este patrón son epigastralgia, anorexia, náuseas, pérdida ponderal de peso durante larga data y anemia de origen desconocido. ⁽¹⁶⁾

Dentro del patrón obstructivo, los síntomas van a variar dependiendo de la localización en el cardias o en el píloro aunque en ambos casos las manifestaciones presentes se dan por la obstrucción de la misma. En caso de que la tumoración se ubique cerca de la unión gastroesofágica, el paciente presenta disfagia creciente y progresiva inicialmente para sólidos, luego para sólidos y blandos y finalmente para líquidos. Al extenderse por la mayor parte del tracto de entrada se empezará a presentar una pérdida de peso acelerada debido a la incapacidad del paciente de alimentarse, esto suele dar paso al desarrollo de una pseudoacalasia en la mitad de los casos debido a la estrechez maligna en la mitad de los casos. Por otra parte, si el tumor se establece en la región pilórica, los síntomas a desarrollarse comprenderán a los de una estenosis pilórica, es decir, vómito postprandial ultra tardío, signo del tumor fantasma. ⁽¹⁶⁾

En el último patrón se encuentra el tipo ulcerado. En realidad, en este caso, el tumor crece a mayor velocidad de lo que lo hacen los vasos sanguíneos que van a irrigarlo. Esto condiciona una necrosis tumoral en su superficie (carcinoma ulcerado) que puede generar sangrado e inclusive perforarse. Durante un tiempo existía la duda de que, si las úlceras gástricas malignizan o no, ahora sabemos que aquellas úlceras gástricas mal etiquetadas como benignas, en realidad son simplemente ulceración del tumor maligno con o sin necrosis debido a la deprivación hemática, por su velocidad de crecimiento. ⁽¹⁶⁾

2.6.- Diagnóstico

Como hemos venido recalcando a lo largo de este trabajo se necesita alto índice de sospecha para lograr establecer un diagnóstico lo suficientemente precoz para poder ofrecerle al paciente no solamente una mejor calidad de vida sino, una respuesta curativa. Pasaremos a revisar los procedimientos diagnósticos que se usan en la investigación de esta patología. La piedra angular de los auxiliares diagnósticos está constituida por la videoendoscopia alta, de la que tenemos algunas variedades

2.6.1.- Endoscopia de luz blanca:

La endoscopia convencional o de luz blanca, se fija o aprecia los ligeros cambios que se dan van desde la mucosa (enrojecimiento pálido o desvanecimiento del color), pérdida de visibilidad de los vasos submucosos subyacentes, adelgazamiento e interrupciones en los pliegues de la mucosa como también apariciones de sangrado espontáneo. Para asegurar una adecuada visualización el endoscopista debe limpiar la mucosidad adherida a la pared gástrica, succionar el exceso de jugo gástrico y suministrar el aire suficiente para que se pueda observar minuciosamente toda el área gástrica. (17)

2.6.2.- Cromoendoscopia

Esta es una endoscopia mejorada con imagen basada en el uso de carmín de indigo cargado al 0,1% que se irriga a través del canal de las pinzas sobre la mucosa que recubre la lesión. Este método permite observar diferencias sutiles y alteraciones mínimas como elevación de la superficie de la mucosa, cambios estructurales leves, además de ofrecer un diagnóstico de la magnitud de la extensión de la invasión tumoral. (17)

2.6.3.- Imágenes de banda estrecha:

Esta endoscopia con imágenes basadas en equipos mejorados, permite apreciar aún mejor no solo la superficie de la mucosa así como la arquitectura vascular de la misma debido a la iluminación de bandas

estrechas azules y verdes. Se destaca esta prueba por los patrones microvasculares y microsuperficiales en la mucosa gástrica que son fundamentales para el uso de la clasificación “*The Vessel plus Surface*” (VS) propuesta por Yao et al en 2009. ⁽¹⁸⁾

El VS ha demostrado eficacia en la práctica clínica sobre todo en dos áreas principales. La primera es el diagnóstico diferencial de gastritis y de cáncer gástrico en lesiones deprimidas de al menos de 1 cm, debido a que en una endoscopia convencional es difícil discriminar con precisión entre cáncer gástrico pequeño y anomalías benignas como es la gastritis, dando como resultado una reducción de biopsias innecesarias.

La segunda área es para la determinación del margen de la lesión al momento de realizar un examen detallado para la terapia endoscópica, debido a que la endoscopia convencional y la cromoendoscopia solo nos determinan márgenes tan solo en el 20% de los casos, a diferencia de la ampliación combinada con imágenes de banda estrecha que mejoran de manera significativa la capacidad de determinar los márgenes especialmente en las lesiones macroscópicamente planas, como el tipo 0-IIb.

La observación mediante endoscópica con imagen de banda estrecha parece, por tanto, tener claras ventajas para el diagnóstico de cáncer gástrico temprano, si se adquieren los conocimientos y habilidades necesarias pero como todas las demás, tiene una utilidad limitada en cánceres diferenciados, debido a su localización a la altura del cuello glandular dentro de la lámina propia de la mucosa y por ello la superficie del tumor permanece cubierta con epitelio de cripta normal. Al tener esta situación se requiere al menos cuatro biopsias negativas en el área que rodea el cáncer. ⁽¹⁹⁾

2.6.4.- Ultrasonografía endoscópica:

Si bien la endoscopia convencional tiene una precisión de alrededor del 80% de las lesiones gástricas, pero es en gran parte operador dependiente, por lo que al adicionar la ultrasonografía nos permite hacer un diagnóstico más

objetivo y a su vez determinar la profundidad de invasión de la lesión, lo que redundaría en una mayor precisión diagnóstica preoperatoria. Sin embargo, estas capacidades diagnósticas disminuyen para lesiones deprimidas, cánceres diferenciados y casos acompañados de úlceras.

Normalmente, esta prueba está indicada para cáncer gástrico temprano que tiene criterios para una terapia endoscópica, la que se puede emplear en lesiones de pequeño diámetro o de manera preoperatoria para poder evaluar antes de la operación para evaluar la vasculatura de la submucosa y así predecir el sangrado intraoperatorio durante la terapia endoscópica. ⁽²⁰⁾

2.7.- Tratamiento

Según un informe publicado en 2020, cada año se diagnostican más de un millón de casos de cáncer gástrico en todo el mundo. Sin embargo, se da un diagnóstico ya en estadios avanzados siendo esta la principal razón del enfoque terapéutico agresivo, entendiéndose como cirugía combinada con quimioterapia neoadyuvante, terapia dirigida o inmunoterapia. Si se diagnosticara de forma temprana, el tratamiento podría ser escisión local endoscópica que puede estar acompañada de disección de ganglios linfáticos de existir compromiso. ⁽²¹⁾

2.7.1.- Cirugía

El abordaje quirúrgico como medida terapéutica ha variado desde la cirugía abierta hasta la resección laparoscópica. Las indicaciones de la cirugía laparoscópica se han ampliado confirmando su eficacia y seguridad.

Por otro lado, la cirugía robótica ha sido reconocida como el mejor abordaje quirúrgico en comparación con la resección laparoscópica debido a que se evita los inconvenientes de esta última. Las ventajas que proporciona son: la libertad de los siete grados refiriéndose a los movimientos en un espacio tridimensional, una significativa reducción de pérdida de sangre

intraoperatoria, un sistema de filtrado de temblores, capacidad de escalar movimientos y a su vez un sistema de visión tridimensional que impacta de forma favorable a la destreza del cirujano especialmente cuando existe un campo de visión estrecho. ⁽²²⁾

Existen ensayos clínicos que están investigando el uso de gastrectomía laparoscópica de puerto único y gastrectomía laparoscópica de puerto reducido que minimizan el trauma asociado. Un ensayo clínico en fase I/II recomienda el uso de gastrectomía laparoscópica de puerto único para el manejo de casos con cáncer gástrico en etapas tempranas por ofrecer una alternativa segura y efectiva. Un método mínimamente invasivo donde se realiza únicamente una incisión en la pared abdominal es la gastrectomía laparoscópica de puerto reducido, un método óptimo para promover y maximizar la calidad de vida del paciente en la fase postoperatoria aguda. ⁽²²⁾

2.7.2.- Quimioterapia adyuvante

Esta terapéutica está recomendada en adenocarcinomas gástricos T2No, T3 o T4 completamente resecaos. Según el ensayo Japonés ACTS-GC en etapa II o III, destacó los beneficios de S-1 (fluoropirimidina oral) como terapia adyuvante durante 1 año, mostró una supervivencia a los 3 años en comparación a los pacientes que solamente se sometieron a cirugía sin tratamiento coadyuvante. ⁽²³⁾

Otro importante ensayo el CLASSIC de Corea del Sur, China y Taiwán en estadio II, IIIA o IIIB, donde la terapéutica combinada (XELOX) de capecitabina oral de ocho ciclos de 3 semanas y oxaliplatino intravenoso durante 6 meses después de la cirugía dió como resultado 3 años de supervivencia libre de enfermedad en el 74% de los pacientes y los que netamente recibieron cirugía sin tratamiento coadyuvante fue solo un 59%. Se recomienda la terapéutica combinada en la población con cánceres gástricos en estadios II o III. ⁽²⁴⁾

El ensayo clínico Japonés (JACCROGC-7) presentado en 2018 en la conferencia de la Sociedad Estadounidense de Oncología Clínica (ASCO) se dividió aleatoriamente en dos grupos, ambos con pacientes con cáncer

gástrico en estadio III. El grupo experimental recibió S-1 combinado con Docetaxel, mientras que el segundo grupo de control recibió únicamente S-1. Como resultado hubo una reducción significativa de las recurrencias, incluidas las hematógenas, linfáticas y peritoneales. ⁽²⁵⁾

CAPITULO III

DISEÑO METODOLÓGICO Y RESULTADOS

3.1.- Lugar

El estudio se lo realizó en el Hospital General del Norte de Guayaquil Los Ceibos.

3.2.- Periodo de estudio

Se tomaron los datos de los pacientes atendidos en el periodo del 2019-2021.

3.3.- Tipo de investigación

Este estudio tiene un enfoque cuantitativo, observacional, analítico, retrospectivo y transversal.

3.4.- Población de estudio

3.4.1.- Criterios de inclusión

- A. Rango de edad: mayores de 18 años
- B. Diagnóstico de cáncer gástrico
- C. Antecedentes patológicos gástricos/ manifestaciones inespecíficas:
 - a) Dispepsia inespecífica de aparición reciente
 - b) Saciedad precoz
 - c) Disfagia
 - d) Anemia inespecífica
 - e) Pérdida de peso
 - f) Hematemesis
 - g) Melena/ sangre oculta en heces/ hematoquecia

3.4.2.- Criterios de exclusión

- A. Datos clínicos incompletos

3.5.- Método de muestreo

No aplica debido a que se incluyó toda la muestra total

3.6.- Método de recolección de datos

Los datos fueron recolectados mediante la revisión de historias clínicas de aquellos pacientes sometidos a evaluación, en base a los criterios de inclusión y exclusión propuestos.

3.7.- Operacionalización de variables

Nombre de variables	Definición de la variable	Tipo	Resultado
Edad	Cantidad de años transcurridos desde el nacimiento.	Numérica cuantitativa discreta	18 – 24 25 – 31 32 – 38 39 – 44 > 45 Años
Sexo	Características biológicas dadas por los cromosomas sexuales.	Categórica nominal dicotómica	Masculino Femenino
Dispepsia	Trastorno que aparece después de las comidas, cuyos síntomas más frecuentes son náuseas, pesadez y dolor de estómago, ardor y flatulencia.	Categórica nominal dicotómica	Presente Ausente

Saciedad precoz	Sensación de plenitud gástrica inmediatamente después de la ingesta de alimentos.	Categórica nominal dicotómica	Presente Ausente
Disfagia	Dificultad para deglutir.	Categórica nominal dicotómica	Presente Ausente
Anemia de etiología desconocida	Disminución de la hemoglobina por debajo de los valores normales sin causa aparente.	Categórica nominal dicotómica	Presente Ausente
Pérdida de peso	Disminución del peso corporal.	Categórica nominal dicotómica	Presente Ausente
Melena	Deposiciones negruzcas por acción de los fermentos digestivos sobre el sangrado que vienen por encima del ángulo de Treitz.	Categórica nominal dicotómica	Presente Ausente
Sangre oculta en heces	Pérdida de sangre del tubo digestivo no visible.	Categórica nominal dicotómica	Positivo Negativo

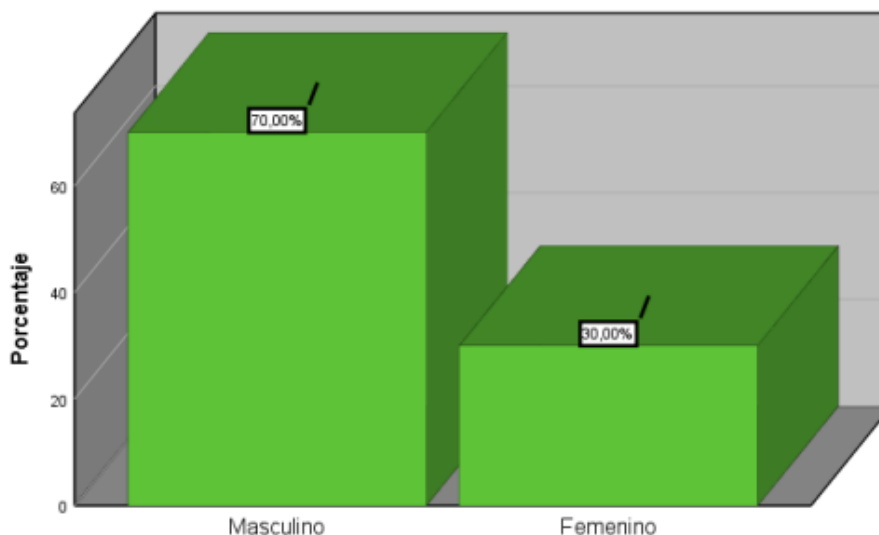
Hematoquecia	Emisión de sangre de color rojo-vinoso por el recto, generalmente no acompañada de heces.	Categórica nominal dicotómica	Positivo Negativo
Características endoscópicas	Hallazgos identificados mediante la video endoscopia digestiva alta: gastritis, erosiones, pólipos, úlceras, reflujo.	Categórica nominal dicotómica	Positivo Negativo
Variedad histopatológica del cáncer gástrico	<p>1) Intestinal: Presencia de estructuras glandulares con distintos grados de diferenciación y que corresponde a los tipo tubular y papilar.</p> <p>2) Difusa: Presencia de células que infiltran la pared gástrica sin formación glandular, con pobre grado de diferenciación, y mostrando en ocasiones la presencia de células en anillo de sello.</p>	Categórica nominal dicotómica	Intestinal Difusa

3.8.- RESULTADOS

Para llevar a cabo este proyecto de investigación se consideró una muestra total de 150 pacientes obtenidos por muestreo aleatorio simple de una población global de 244 individuos con diagnóstico de cáncer gástrico ingresados en el Hospital Norte de Guayaquil de los Ceibos, de los cuales hubo un predominio en el género masculinos en relación al género femenino. (Tabla 1)

Tabla 1.- Distribución por géneros masculinos y femeninos con cáncer gástrico de la población estudiada

		Frecuencia	Porcentaje válido
Válido	Masculino	105	70,0%
	Femenino	45	30,0%
	Total	150	100,0%



Descripción: en la tabla que antecede, se expresa la distribución por género de la población en estudio.

Resultados: De acuerdo a la tabla de frecuencia y el gráfico de barras se puede evidenciar 105 individuos del género masculino que corresponde al 70% y el 30% al femenino de una población estudiada de 150 personas.

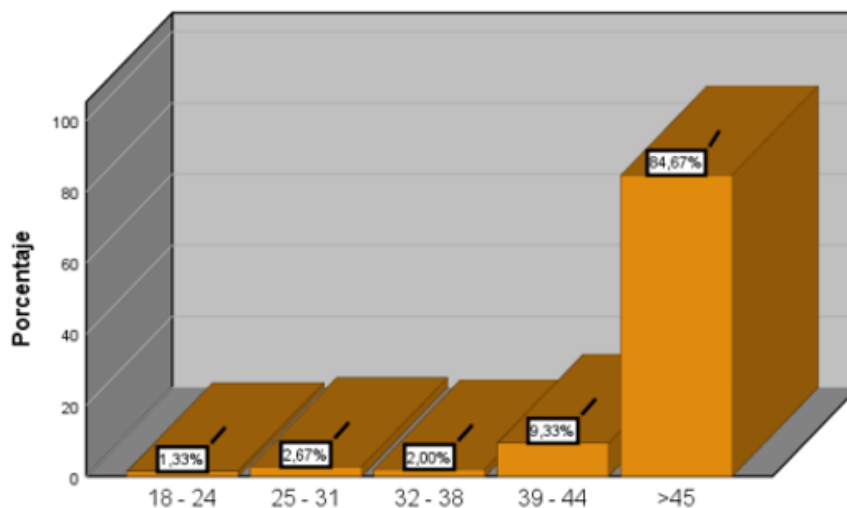
Conclusión: El cáncer gástrico tiene mayor frecuencia de desarrollo en el sexo masculino.

Además, en relación al grupo etario de edad, se observó que los pacientes pueden padecer cáncer gástrico entre los 18 y 93 años de vida, alcanzando una media de 64 años, teniendo mayor predilección a presentarse en pacientes mayores de 45 años. (tabla 2)

Tabla 2.- Distribución por grupos etarios agrupados en rangos como mínimo 18 años y un máximo de 93 años de la población estudiada con cáncer gástrico

		Frecuencia	Porcentaje válido
Válido	18 - 24	2	1,3%
	25 - 31	4	2,7%
	32 - 38	3	2,0%
	39 - 44	14	9,3%
	>45	127	84,7%
	Total	150	100,0%

N	Válido	150
Media		61,84
Mediana		64,00
Moda		49
Mínimo		18
Máximo		93



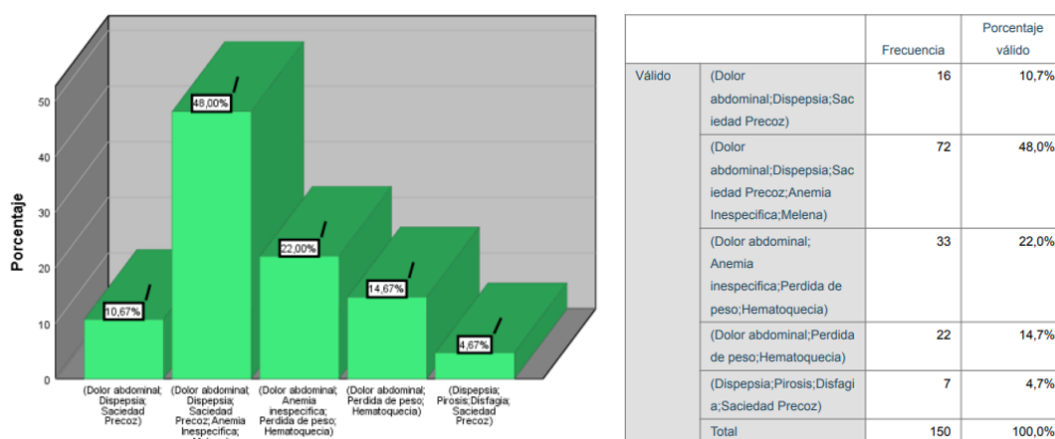
Descripción: en la tabla que antecede, se expresa la distribución por grupo etario de la población en estudio.

Resultados: En lo que respecta a las tablas y el gráfico de barras donde se pone en manifiesto el grupo etario de edad, se observó que las personas incluidas en esta investigación con edades comprendidas entre los 18 hasta 24 años de vida tenían neoplasia gástrica en un 1,33%, así mismo 2,67% los que tenían edades entre 25 a 31 años, 2% de 32 a 38 años, 9,33% de 39 a 44 años y 84,67% en aquellos con una edad superior a los 45 años de vida. Adicional a esto se obtuvo una media de 61, 84 y una mediana de 64 años de vida, teniendo también como valor mínimo de edad de los pacientes estudiados de 18 y un valor máximo de 93 años de edad.

Conclusión: El grupo etario donde se evidencia un desarrollo más frecuente de cáncer gástrico son aquellos que presentan una edad mayor de los 45 años mientras que los que tienden a desarrollar en menor frecuencia son los pacientes que presentan entre 18 a 24 años.

En cuanto a las manifestaciones clínicas, por su gran variedad se optó en agrupar la sintomatología en cinco grupos. De esta forma el grupo uno compuesto por: Dolor abdominal; Dispepsia y saciedad precoz. El grupo dos con sintomatología como: Dolor abdominal; Dispepsia; Saciedad precoz; Anemia inespecífica y melena. El grupo tres caracterizado por Dolor abdominal; Anemia inespecífica; Pérdida de peso y hematoquecia. Grupo cuatro: Dolor abdominal; Pérdida de peso y hematoquecia. Y el grupo cinco con: Dispepsia; Pirosis; Disfagia y saciedad precoz). (Tabla 3)

Tabla 3.- Distribución de las manifestaciones clínicas inespecíficas del cáncer gástrico más frecuentes observadas en las historias clínicas agrupadas en 5 grupos



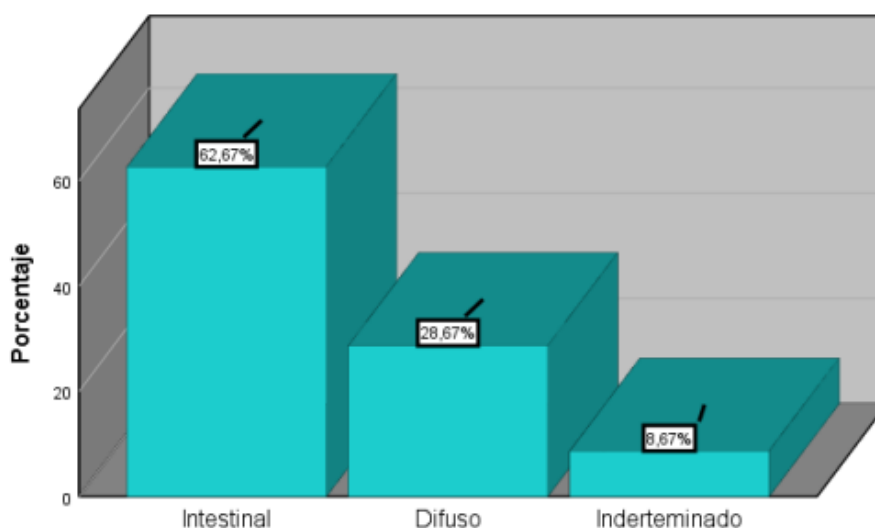
Descripción: En lo que coniere al gráfico y la tabla de manifestaciones clínicas inespecíficas del cáncer gástrico, para este trabajo de titulación se prefirió hacer cinco grupos con la clínica más frecuente observada en las historias clínicas de los pacientes, demostrando de esta forma que el grupo uno, presento un 10,67%, mientras que el grupo dos obtuvo una ponderación del 48%, en relación al grupo tres un 22%, el grupo cuatro un 14,67%, y en menor porcentaje el grupo cinco con un 4,67%.

Resultados: El grupo de manifestaciones clínicas inespecíficas que tuvo mayor porcentaje de presentación fue el grupo dos con clínica de dolor abdominal, dispepsia, saciedad precoz, anemia inespecífica y melena, no obstante, también se pudo constatar que los 3 síntomas más comunes expuestos en los distintos grupos fue el dolor abdominal seguido de la dispepsia y en tercer lugar la pérdida de peso.

Conclusión: Se evidencia que las manifestaciones clínicas que se presentan con mayor frecuencia son: dolor abdominal, dispepsia, saciedad precoz, anemia inespecífica y melena.

Por otro lado, se tomó en consideración la frecuencia de la variedad histopatológica encontrada posterior a la realización de la biopsia, teniendo con mayor frecuencia al tipo intestinal, seguido por el difuso y culminando con el indeterminado. (tabla 4)

Tabla 4.- Distribución de la variedad histopatológica en la población estudiada con cáncer gástrico



		Frecuencia	Porcentaje válido
Válido	Intestinal	94	62,7
	Difuso	43	28,7
	Indeterminado	13	8,7
	Total	150	100,0

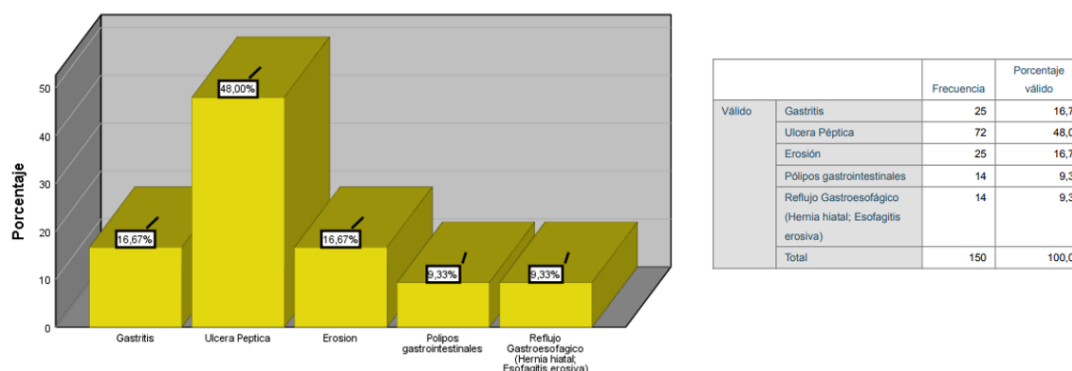
Descripción: La frecuencia plasmada en el gráfico de barras y la siguiente tabla de variedad histopatológica encontrada posterior a la realización de la biopsia en la neoplasia de origen gástrico, fue de tipo intestinal con una frecuencia de 94 (62,67%), difuso con 43 (28,67%) y no indeterminado con 13 (8,67%).

Resultados: El hallazgo histopatológico que se presentó con mayor prevalencia fue de tipo intestinal, seguido después del tipo difuso y en menor cuantía el no indeterminado.

Conclusiones: El tipo histopatológico más frecuente es el tipo intestinal.

Por otro lado, las características endoscópicas de la población en estudio se encontraron diversas presentaciones como la úlcera péptica con mayor predominio, seguido por gastritis atrófica como erosión. Y no tan frecuentes, hernia hiatal, esofagitis erosiva y pólipos gástricos. (Tabla 5)

Tabla 5.- Distribución de las características endoscópicas en población de estudio con cáncer gástrico



Descripción: De acuerdo a la tabla y gráfico de barras de las características endoscópicas encontradas en el historial clínico de la población analizada, se pudo visualizar que existía gastritis con una frecuencia de 25 (16,67%), úlcera péptica con 72 (48%), pólipos gastrointestinales con 14 (9,33%), erosión con 25 (16,67%) y hernia hiatal y esofagitis erosiva producto del reflujo gastroesofágico con 14 (9,33%).

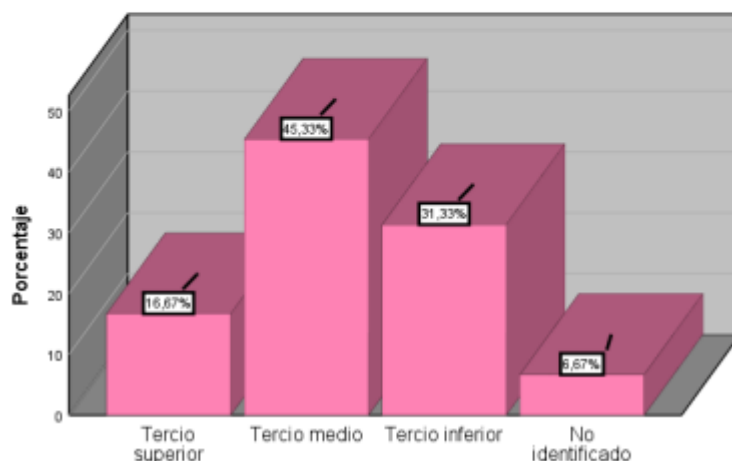
Resultados: La característica endoscópica encontrada en los pacientes con cáncer gástrico que obtuvo mayor frecuencia fue la úlcera péptica, en segundo y tercer lugar la gastritis y erosión y no tan frecuentes, la hernia hiatal y esofagitis erosiva producto del reflujo gastroesofágico, como también pólipos gástricos.

Conclusión: La úlcera péptica es la característica endoscópica más frecuentemente encontrada.

En relación al lugar más habitual de las lesiones que se observó a nivel endoscópico de forma precoz era en el tercio medio seguido por el tercio inferior y en menor medida el tercio superior. (Tabla 6)

Tabla 6.- Distribución de las localizaciones más frecuentes de la población en estudio en relación a sus resultados endoscópicos

		Frecuencia	Porcentaje válido
Válido	Tercio superior	25	16,7
	Tercio medio	68	45,3
	Tercio inferior	47	31,3
	No identificado	10	6,7
	Total	150	100,0



Descripción: En la tabla y gráfico de barras de la ubicación de la lesión de los pacientes con neoplasia de origen gástrico se pudo denotar que el tercio superior tenía una frecuencia de 25 con un valor porcentual del 16,67%, así mismo el tercio medio con 68 (45,33%), el tercio inferior con 47 (31,33%) y no identificados con 10 equivalentes al 6,67%.

Resultados: La ubicación más común donde se puede encontrar lesiones en el cáncer gástrico fue con mayor inclinación en el tercio medio, posteriormente en el tercio inferior, en tercer lugar el tercio superior y en menor proporción era de origen no identificado.

Conclusión: La ubicación anatómica del estómago donde se encuentran más lesiones en cáncer gástrico es a nivel del tercio medio.

De este modo con todo lo expuesto, se prefirió hacer una correlación de las características histopatológicas con las manifestaciones clínicas inespecíficas agrupadas en los cinco grupos ya descritos. (Tabla 7)

Tabla 7.- Análisis multivariado de datos de la población en estudio en relación a las manifestaciones clínicas inespecíficas con su histopatología

Cual es el grupo de manifestaciones clínicas banales mas frecuente hallada en el CG	Cual es el hallazgo histopatológico mas frecuente encontrado en el CG	Cual es el hallazgo histopatológico mas frecuente encontrado en el CG			Total
		Intestinal	Difuso	Indeterminado	
(Dolor abdominal; Dispepsia; Saciedad Precoz)	Recuento	9	4	3	16
	% dentro de Cual es el hallazgo histopatológico mas frecuente encontrado en el	9,6%	9,3%	23,1%	10,7%
(Dolor abdominal; Dispepsia; Saciedad Precoz; Anemia Inespecifica; Melen)	Recuento	58	12	2	72
	% dentro de Cual es el hallazgo histopatológico mas frecuente	61,7%	27,9%	15,4%	48,0%
(Dolor abdominal; Anemia Inespecifica; Pérdida de peso; Hematoquecia)	Recuento	14	17	2	33
	% dentro de Cual es el hallazgo histopatológico mas frecuente encontrado en el	14,9%	39,5%	15,4%	22,0%
(Dolor abdominal; Pérdida de peso; Hematoquecia)	Recuento	9	9	4	22
	% dentro de Cual es el hallazgo histopatológico mas frecuente encontrado en el	9,6%	20,9%	30,8%	14,7%
(Dispepsia; Pirosis; Disfagia; Saciedad Precoz)	Recuento	4	1	2	7
	% dentro de Cual es el hallazgo histopatológico mas frecuente encontrado en el	4,3%	2,3%	15,4%	4,7%
Total	Recuento	94	43	13	150
	% del total	62,7%	28,7%	8,7%	100,0%

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	29,507 ^a	8	,000
Razón de verosimilitud	28,021	8	,000
Asociación lineal por lineal	7,535	1	,006
N de casos válidos	150		

Descripción: En lo que confiere a las tablas donde se observa la correlación entre la variable de las manifestaciones clínicas atípicas y el tipo de histopatología que se encuentra en los pacientes con cáncer gástrico, se pudo observar una estadística donde se proyecta que la clínica perteneciente al grupo uno (Dolor abdominal; Dispepsia y saciedad precoz) obtuvo una histopatología no indeterminada en un 23,1%, intestinal en un 9,6%, y difuso en 9,3%, el grupo dos (Dolor abdominal; Dispepsia; Saciedad precoz; Anemia inespecífica y melena) por otra parte fue intestinal en un 61,7%, difuso en un 27,9% y no indeterminado en un 15,4%, el grupo tres (Dolor abdominal; Anemia inespecífica; Pérdida de peso y hematoquecia) fue difuso en un 39,5%, no indeterminado en un 15,4%, e intestinal en un 14,9%, el grupo 4 (Dolor abdominal; Pérdida de peso y hematoquecia) fue no indeterminado en un 30,8%, difuso en un 20,9% e intestinal en un 9,6%, por último el grupo 5 (Dispepsia; Pirosis; Disfagia y saciedad precoz) fue no indeterminado en un 15,4%, intestinal en un 4,3% y difuso en un 2,3%.

Resultados El grupo 2 con clínica de: Dolor abdominal; Dispepsia; Saciedad precoz; Anemia inespecífica y melena, obtuvo una proclividad de variedad histopatológica de tipo intestinal, así mismo en el grupo 3 caracterizado por: Dolor abdominal; Anemia inespecífica; Pérdida de peso y hematoquecia, se demostró que la histopatología era de tipo difuso, sin embargo, en contraparte se constató que el grupo 4 (Dolor abdominal; Pérdida de peso y hematoquecia) tuvo una predisposición a poseer hallazgos histopatológicos de una índole no determinada.

Conclusión: En relación al tipo histopatológico más frecuente se obtuvo como resultado el de tipo intestinal y con una mayor correlación con el grupo 2 en relación a los 5 grupos formados.

3.9.- Discusión

La investigación llevada a cabo con la información obtenida del departamento de gastroenterología del Hospital General Norte de Guayaquil de los Ceibos nos permitió evaluar la muestra observacional por medio de métodos estadísticos expuesto anteriormente en párrafos de este proyecto de investigación, otorgándonos de igual modo exponer conclusiones relevantes a la hipótesis propuesta. Por tal modo, se pudo inferir y determinar que las manifestaciones clínicas inespecíficas de pacientes con cáncer gástrico son de mucha importancia al momento de su diagnóstico oportuno y progreso de la enfermedad. Por otra parte, esta tesis nos concede evidenciar correlaciones al momento de relacionar los resultados obtenidos con trabajos de investigación publicados en los últimos años, aludiendo así que de los 150 individuos incorporados de muestra total, la población masculina prevalecía con una edad superior a los 45 años, teniendo al mismo tiempo una tendencia a ser más elevado de tener un hallazgo histopatológico intestinal y en menor proporción en las mujeres de un tipo difuso, no obstante, no se determinó la relación entre la edad y el género, como también el tipo histopatológico con los años de vida en el cáncer gástrico. Servarayan et al (2018) destaca valores semejantes a esta investigación, demostrando que la edad más frecuente en que se presenta el cáncer gástrico es a partir de los 50 años donde prevalece de igual manera el género masculino. No obstante, Kodama et al (2019) en su estudio realizado en el instituto de cáncer de Sao Paulo Brasil hace mención que la neoplasia gástrica tiene una inclinación superior en los hombres mayores a 45 años siendo a su vez de una histopatología intestinal, sin embargo, si

dispone una asociación entre la edad con el género, como también con el tipo histopatológico, demostrando que las mujeres con edades inferiores a los 45 años son más propensas a un patrón histopatológico de tipo difuso siendo inclusive este último más agresivo. En lo que respecta a la correlación de las manifestaciones clínicas inespecíficas para la valoración de un diagnóstico apropiado como para estimar la progresión de la enfermedad de cáncer gástrico, se determina una coexistencia de que el conjunto dos cuya clínica inespecífica en este estudio fue con mayor frecuencia el dolor abdominal, dispepsia, saciedad precoz, anemia específica y melena, tuvo un hallazgo endoscópico e histopatológico concomitante de ser preponderantemente relacionado con la úlcera péptica y de una histopatología intestinal, adicional a esto cabe mencionar que la localización frecuente de este tipo de lesiones fue con mayor frecuencia el tercio medio, por lo que se expresa que el encontrar clínica atípica como la mencionada nos da un indicativo de que el cáncer gástrico puede ser de un estadio avanzado, debido a que generalmente la literatura científica médica destaca que la presentación de esta patología suele ser en etapas tempranas asintomáticas. Sin embargo, Villamil et al (2011) establece un resultado semejante, evidenciando que la característica endoscópica habitualmente encontrada en su estudio preferentemente fue los pólipos gástricos y que la presentación de clínica atípica de la neoplasia gástrica puede estar acompañada con dolor en epigastrio, vómitos, náuseas, pérdida de peso y anorexia en etapas avanzadas de esta patología oncológica, no obstante, el recalca que cierta cantidad de personas con esta enfermedad pueden debutar con tal clínica en estadios tempranos del cáncer gástrico. En un análisis investigativo realizado en Ecuador por Sonia et al (2020) en el servicio de oncología del Hospital de Especialidades Eugenio Espejo se concilio una asociación entre la clínica inespecífica, tipo histopatológico y también la localización de la lesión para el diagnóstico anticipado o tardío, como también el proceso evolutivo de la neoplasia gástrica. Sin embargo, el estudio hecho por este autor difirió de esta tesis, ya que promulga que no se agrupo la clínica en grupos y que fue frecuentemente más típica que atípica, por lo que no se pudo definir con mayor exactitud si incide o no en el diagnóstico temprano como el estadio del cáncer gástrico. Se resalta como

fortaleza de este proyecto de investigación, que valora de una forma más amplificada el diagnóstico prematuro y progresión en relación a la clínica inespecífica que puede coexistir en individuos con patologías de mucha importancia, como lo es el cáncer gástrico, lo que posibilita obtener información más notable en lo concerniente a sus beneficios, además que contribuye a obtener un conocimiento actualizado y protocolos terapéuticos de dicha patología. De igual manera, al realizarse en un establecimiento hospitalario de mucha demanda en el Ecuador, se obtiene una muestra adecuada, dándole mayor legitimidad a esta investigación planteada.

CONCLUSIONES

Mediante la estadística realizada se logró constatar que el cáncer gástrico presentó mayor predilección en el sexo masculino que en el sexo femenino. Así mismo, el grupo etario donde se evidencia un desarrollo más frecuente de cáncer gástrico son aquellos que presentan una edad mayor de los 45 años mientras que los que tienden a desarrollar en menor frecuencia son los pacientes que presentan entre 18 a 24 años denominándose, así como una enfermedad de adultos y adultos mayores. En relación a los hallazgos endoscópicos, se obtuvo con mayor frecuencia a las lesiones úlceras pépticas y a su vez a nivel histopatológico el más habitual en nuestro estudio fue el de tipo intestinal.

En cuanto a las manifestaciones clínicas inespecífica que se presentaron con mayor frecuencia fueron: dolor abdominal, dispepsia, saciedad precoz, anemia inespecífica y melena. Por tal motivo, es de suma importancia que en todo paciente que llegue a presentar este cuadro clínico sea atendido y estudiado de manera eficaz. Con todo lo establecido anteriormente se logra demostrar la hipótesis planteada que afirma que es posible relacionar las manifestaciones gástricas inespecíficas con el cáncer gástrico para prevenir la alta mortalidad de esta neoplasia, que es una de las más frecuentes en el Ecuador.

REFERENCIAS

- 1.- Cruz Hernández J, Rodríguez Sánchez C, del Barco Morillo E, Fonseca Sánchez E. Oncología clínica 6th Edition. 6th ed. Elsevier; 2017
- 2.- Claros J, Tocino RV, Fonseca E, Cigarral B, Barrios B, Casado D, et al. Gastric cancer. Med. 2021 Jan 1;13(24):1328–34.
- 3.- F B, J F, I S, RL S, LA T, A J. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA Cancer J Clin [Internet]. 2018 Nov [cited 2021 Oct 15];68(6):394–424. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30207593/>
- 4.- Instituto Nacional de Estadística y Censo. Camas y egresos hospitalarios [Internet]. Inec. 2019 [cited 2021 Oct 15]. p. 1. Available from: <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/camas-y-egresos-hospitalarios-2019/>
- 5.-RB G, G J, N G, P P, B P, R K, et al. Upper gastro-intestinal bleeding: aetiology and demographic profile based on endoscopic examination at Dhulikhel Hospital, Kathmandu University Hospital. Kathmandu Univ Med J (KUMJ) [Internet]. 2010 [cited 2021 Oct 15];8(30):208–11. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21209537/>
- 6.- Rawla P, Barsouk A. Epidemiology of gastric cancer: global trends, risk factors and prevention. Przegląd Gastroenterol [Internet]. 2019 [cited 2021 Oct 15];14(1):26. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34444111/>
- 7.- Diagnóstico Oportuno Cáncer de Estómago - SOLCA [Internet]. [cited 2021 Oct 23]. Available from: <https://www.solca.med.ec/informacion-al-paciente/prevencion-de-cancer/diagnostico-oportuno-cancer-de-estomago/>
- 8.- Rojas Montoya, V. and Montagne, N., 2019. Generalidades del cáncer gástrico. [online] Medigraphic.com. Available at: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcliescmed/ucr-2019/ucr192d.pdf> [Accessed 3 April 2022].
- 9.- Leyva, L., González, T., Jiménez, F., Besada, A., Pascual, M. and Morejón, D., 2022. Helicobacter pylori y cáncer gástrico. [online] Revmedmilitar.sld.cu. Available at: <http://www.revmedmilitar.sld.cu/index.php/mil/article/view/616/643> [Accessed 3 April 2022].
- 10.- Rawla P, Barsouk A. Epidemiology of gastric cancer: global trends, risk factors and prevention. Gastroenterology Review. 2019;14(1):26-38.

- 11.- Instituto Nacional de Estadística y Censo. Camas y egresos hospitalarios [Internet]. Inec. 2018 [cited 2021 Oct 15]. p. 1. Available from: <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/camas-y-egresos-hospitalarios-2018/>
- 12.- Instituto Nacional de Estadística y Censo. Camas y egresos hospitalarios [Internet]. Inec. 2020 [cited 2021 Oct 15]. p. 1. Available from: <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/camas-y-egresos-hospitalarios/#:~:text=En%202020%20se%20registraron%20907.515,de%20la%20publicaci%C3%B3n%20es%20anual.>
- 13.- M. Navarro Bello, F. Sopeña Biarge, M.J. Domper Arnal, A. Gonzales Sejas, M.A. García González. Actualización en cáncer gástrico. Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado. Volume 13, Issue 3, 2020.
- 14.- González CA, Agudo A. Carcinogenesis, prevention and early detection of gastric cancer: where we are and where we should go. *Int J Cancer*. 2012;130(4):745-53. <https://doi.org/10.1002/ijc.26430>.
- 15.- Claros, j., Vidal Tocino., R., Fonseca, E. and Cigarral, B., 2021. Cáncer gástrico. ENFERMEDADES ONCOLÓGICAS.
- 16.- Oliveros, R., Pinilla, R., Facundo Navia, H. and Sanchez, R., 2018. Cáncer gástrico: una enfermedad prevenible. Estrategias para intervención en la historia natural. © 2019 Asociaciones Colombianas de Gastroenterología, Endoscopia digestiva, Coloproctología y Hepatología
- 17.- Yada T, Yokoi C, Uemura N. The Current State of Diagnosis and Treatment for Early Gastric Cancer. *Diagnostic and Therapeutic Endoscopy*. 2018;2018:1-9.
- 18.- Muto M, Yao K, Kaise M, Kato M, Uedo N, Yagi K, Tajiri H. Algoritmo de diagnóstico simple de endoscopia de aumento para el cáncer gástrico temprano (MESDA-G) *Dig Endosc*. 2016; 28 :379–393
- 19.- Kodera Y, Yoshida K, Kochi M, Ichikawa W, Kakeji Y, Sano T, et al. A randomized phase III study comparing S-1 plus docetaxel with S-1 alone as a postoperative adjuvant chemotherapy for curatively resected stage III gastric cancer (JACCRO GC-07 trial). *J Clin Oncol*. (2018) 36(Suppl. 15):4007. doi: 10.1200/JCO.2018.36.15_suppl.4007
- 20.- Song Z, Wu Y, Yang J, Yang D, Fang X. Progress in the treatment of advanced gastric cancer. *Tumor Biol*. (2017) 39:1010428317714626. doi: 10.1177/1010428317714626
- 21.- Thrift A, El-Serag H. Burden of Gastric Cancer. *Clinical Gastroenterology and Hepatology*. 2020;18(3):534-542.

- 22.- Chen Z, Zhang P, Xi H, Wei B, Chen L, Tang Y. Recent Advances in the Diagnosis, Staging, Treatment, and Prognosis of Advanced Gastric Cancer: A Literature Review. *Frontiers in Medicine*. 2021;8.
- 23.- In H, Kantor O, Sharpe SM, Baker MS, Talamonti MS, Posner MC. Adjuvant therapy improves survival for T2N0 gastric cancer patients with sub-optimal lymphadenectomy. *Ann Surg Oncol*. (2016) 23:1956–62. doi: 10.1245/s10434-015-5075-1
- 24.- Bang YJ, Kim YW, Yang HK, Chung HC, Park YK, Lee KH, et al. Adjuvant capecitabine and oxaliplatin for gastric cancer after D2 gastrectomy (CLASSIC): a phase 3 open-label, randomised controlled trial. *Lancet*. (2012) 379:315–21. doi: 10.1016/S0140-6736(11)61873-4
- 25.- Kodera Y, Yoshida K, Kochi M, Ichikawa W, Kakeji Y, Sano T, et al. A randomized phase III study comparing S-1 plus docetaxel with S-1 alone as a postoperative adjuvant chemotherapy for curatively resected stage III gastric cancer (JACCRO GC-07 trial). *J Clin Oncol*. (2018) 36(Suppl. 15):4007. doi: 10.1200/JCO.2018.36.15_suppl.4007
- 26.- Servarayan Murugesan, C., Manickavasagam, K., Chandramohan, A. et al. Gastric cancer in India: epidemiology and standard of treatment. *Updates Surg* 70, 233–239 (2018). <https://doi.org/10.1007/s13304-018-0527-3>
- 27.- Ramos MFKP, Pereira MA, Sagae VMT, Mester M, Morrell ALG, Dias AR, Zilberstein B, Ribeiro Junior U, Cecconello I. Gastric cancer in young adults: a worse prognosis group? *Rev Col Bras Cir*. 2019 Sep 30;46(4):e20192256. Portuguese, English. doi: 10.1590/0100-6991e-20192256. PMID: 31576989.
- 28.- Villasmil Miguel, Anato Rafael, Dias Carla, Landaeta Jorge, Soto José, Martinez Yolette et al . Cáncer Gástrico Temprano o Precoz: revisión de la literatura. *Gen [Internet]*. 2011 Sep [citado 2022 Ago 23] ; 65(3): 244-247. Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0016-35032011000300017&lng=es.
- 29.- Acuña S, Solís P, Oñate P, Martínez E, Chaves S. EPIDEMIOLOGÍA DEL CÁNCER DE ESTÓMAGO EN UN CENTRO DE REFERENCIA DEL ECUADOR. *Revista Médica Vozandes*. 2021;31(2):19-25.

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Castillo Almeida, Samanta Noelia**, con C.C: # 0926210444 autora del trabajo de titulación: **Manifestaciones Digestivas Inespecíficas Asociadas al Diagnóstico de Cáncer Gástrico. Hospital General Norte de Guayaquil Los Ceibos, Durante 2019-2021** previo a la obtención del título de **Médico general** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 1 de septiembre de 2022

f. 

Castillo Almeida, Samanta Noelia

C.C: 0926210444


DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Suástegui Jaramillo, Gisella Dennisse**, con C.C: # 0921164679 autora del trabajo de titulación: **Manifestaciones Digestivas Inespecíficas Asociadas al Diagnóstico de Cáncer Gástrico. Hospital General Norte de Guayaquil Los Ceibos, Durante 2019-2021** previo a la obtención del título de **Médico general** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 1 de septiembre del 2022

f. 

Suástegui Jaramillo, Gisella Dennisse

C.C: 0921164679

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TEMA Y SUBTEMA:	Manifestaciones digestivas inespecíficas asociadas al diagnóstico de cáncer gástrico. Hospital General Norte de Guayaquil Los Ceibos, durante 2019-2021		
AUTOR(ES)	Castillo Almeida, Samanta Noelia Suástegui Jaramillo, Gisella Dennisse		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Dr. Tettamanti Miranda, Daniel Gerardo		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Facultad de Ciencias Médicas		
CARRERA:	Medicina		
TÍTULO OBTENIDO:	Médico General		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	01 de septiembre de 2022	No. DE PÁGINAS:	32
ÁREAS TEMÁTICAS:	Gastroenterología, Oncología, Estadística.		
PALABRAS CLAVES/KEYWORDS:	Neoplasia, Helicobacter Pylori, Dispepsia, Epigastralgia, Pirosis, Gastritis, Hematemesis, Disfagia, Melena, Hematoquecia, Saciedad Precoz, Anemia Inespecífica.		
RESUMEN:	<p>El cáncer gástrico es una neoplasia maligna que inicia en la mucosa, extendiéndose a través de la misma hacia la submucosa y a las capas más profundas, llegando incluso a órganos adyacentes.(1) Su prevalencia a nivel mundial es del 6%, ubicándose en el quinto lugar en incidencia de todos los nuevos diagnósticos de cáncer.(2) En cuanto a sus manifestaciones clínicas, En estadios iniciales es muy inespecífico, por lo que dificulta y retrasa el diagnóstico. Por tal motivo, este trabajo tiene como objetivo, demostrar la asociación de las manifestaciones digestivas inespecíficas con el desarrollo del cáncer gástrico. Materiales y métodos: La presente investigación se usó un enfoque cuantitativo, observacional, analítico, retrospectivo y transversal, en el Hospital General Norte de Guayaquil Los Ceibos, dentro del periodo 2019 al 2021, en el área de Gastroenterología donde se utilizó una población de 244 personas y una muestra de 150, obtenidos por muestreo aleatorio simple. Resultados y conclusión: El sexo más frecuente es el masculino en un 70% de los casos. En relación al grupo etario el más afectado es el grupo mayores a 45 años en un 84%. Las manifestaciones clínicas inespecíficas que se encontraron con mayor frecuencia fueron: dolor abdominal, dispepsia, saciedad precoz, anemia inespecífica y melena. Además, el síntoma más común es la dispepsia, seguida del dolor abdominal por lo que se puede relacionar que estas manifestaciones gástricas inespecíficas se pueden detectar de forma temprana y así ofrecer a nuestros pacientes un mejor control y terapéutica de forma precoz que nos ayude a dar una mejor calidad de vida.</p>		
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	+593 98 816 7585 +593 98 498 7931	E-mail: samanta.castillo7@outlook.es. gisella-suastegui@hotmail.com	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE)::	Nombre: Tettamanti Miranda Daniel Gerardo		
	Teléfono: +593 999547682		
	E-mail: dtettam@gye.satnet.net		
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA			
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):			
Nº. DE CLASIFICACIÓN:			
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):			