

ESTENOSIS MALIGNAS DEL ESTOMAGO ⁽¹⁾

Por los doctores: **José A. Jácome Valderrama, Roberto Gutiérrez Arango, Augusto Parra Torres y Humberto Forero Laverde.** Estudios radiográficos del doctor **Julio Medina Medina.**

Al hablar de estenosis malignas del estómago, no vamos a referirnos a las obstrucciones producidas por lesiones extrínsecas, en las cuales influye como causa determinante el fenómeno mecánico de compresión exterior, sino a aquellas lesiones que primitivamente se originan en los tejidos del estómago, vale decir en sus paredes u orificios.

Las estenosis intrínsecas malignas del estómago son producidas generalmente por tumores derivados de sus diferentes tejidos y por consiguiente se agrupan en dos grandes tipos, a saber: los sarcomas, los carcinomas y los adenocarcinomas, según se deriven de los tejidos de sostén o conjuntivos y de los tejidos glandulares o epiteliales. Es importante tener en cuenta esto, pues la sintomatología de unos y otros varía considerablemente, ya que afectan funciones diferentes.

El estómago, considerado anatómicamente, es un reservorio que tiene una capacidad determinada en donde se almacenan los alimentos ingeridos durante algún tiempo, que oscila, en personas normales, entre 4 y 6 horas. Desde el punto de vista fisiológico, el estómago tiene dos grandes funciones que pueden verse afectadas por las estenosis malignas: la función motora y la función secretora. Esta última se ve más afectada, como es lógico de suponer, en los carcinomas y adenocarcinomas, ya que éstos se desarrollan a expensas de la mucosa, que es el tejido secretor; en cambio, en los sarcomas permanece indemne. También la función motora se ve más afectada en los tumores epiteliales malignos, ya que éstos tienen tendencia a fijarse y a estrechar el estómago, convirtiendo una pared móvil en una pared rígida. El sarcoma, por otra parte, es un tumor generalmente móvil, ya sea que se desarrolle hacia la parte interna o hacia la parte externa del órgano, y generalmente no limita en nada su movilidad,

¹ Contribución del Instituto Nacional de Cancerología a la V Convención Nacional de Gastroenterología.

a menos que su tamaño sea muy grande. Desde el punto de vista anatómico, sucede más o menos algo similar, ya que el adenocarcinoma, por su tendencia infiltrativa y estenosante, generalmente reduce considerablemente la capacidad del estómago, mientras que el sarcoma, aun cuando adquiere tamaños considerables, permite la acomodación y distensión del órgano, sin llegar a producir estenosis. También desde el punto de vista anatómico de localización del tumor, tiene importancia considerar —como veremos más adelante— si está situado en las paredes o en los orificios, ya que la fisiopatología, y por lo tanto la sintomatología, varían considerablemente según esto.

El sarcoma gástrico es un tumor muy poco frecuente. Entre 301 casos de estenosis malignas del estómago, observadas en el Instituto Nacional de Cancerología, no se encuentra ningún caso, pues todas corresponden a carcinomas o adenocarcinomas. Estadísticas extranjeras consultadas revelan que sobre 2.398 casos de tumores malignos gástricos, solamente correspondían a sarcomas 52 casos, o sea el 2.16%, mientras que a carcinomas correspondían 2.346 casos, o sea el 97.63%. El único caso que conocemos se refiere a uno tratado por uno de nosotros y reportado a la Asociación Nacional de Gastroenterología. Este tumor, cuya localización era sobre la cara anterior y hacia la porción antral del estómago, con un tamaño tan considerable como puede observarse en estudio radiológico que se presenta, no había producido ninguna estenosis, al menos apreciable. Si bien es cierto que la distensión y la ptosis gástrica observadas podrían sugerir una estenosis crónica a la cual el estómago se había ido acomodando, sin embargo el tránsito alimenticio se conservaba enteramente normal y no había retención alguna después de 4 o 6 horas. Por ello creemos más bien que esta dilatación y ptosis pueden corresponder a una acomodación del órgano para desempeñar sus funciones normales, o a una consecuencia lógica por el peso del tumor.

En el carcinoma gástrico, la estenosis es uno de los signos más frecuentes, y podría decirse que en la evolución final, todo carcinoma llega a ella.

El carcinoma gástrico es uno de los tumores malignos de mayor frecuencia, siendo el que figura en primer lugar como cáncer digestivo. En el hombre, corresponde al 35% del cáncer que afecta a este sexo. En la mujer, ocupa el segundo lugar de frecuencia, siendo superado solamente por el cáncer del seno y siguiéndole el cáncer uterino. En Inglaterra y Australia es el 25% de los casos de cáncer y el 51% en Escandinavia, Holanda, Alemania y

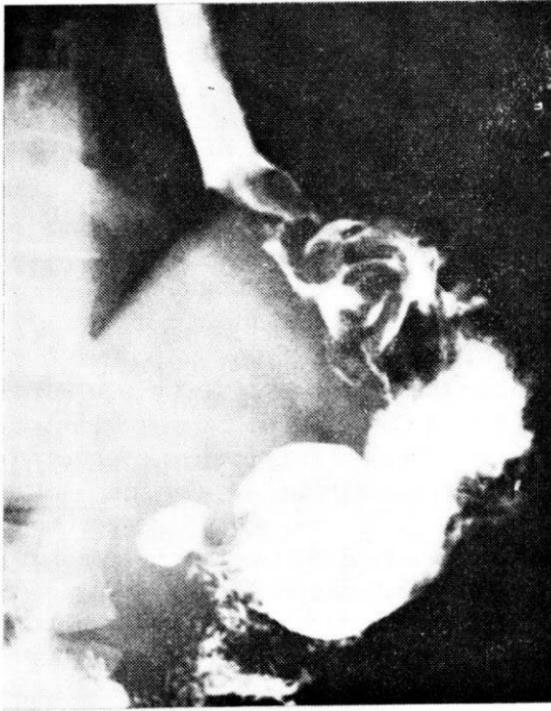


FIGURA NUMERO 1

Estenosis por carcinoma del cardias gástrico.

Checoslovaquia. En Japón, corresponde al 75% de los casos de cáncer en el hombre y al 48% en la mujer. En Colombia falta establecer este índice tan importante, y las estadísticas del Instituto no permiten establecerlo, pues el número de casos que son atendidos en él es muy reducido en relación con los que van a otros centros hospitalarios, y, en cambio, otras enfermedades y localizaciones vienen a él en mayor volumen por ser el único centro que puede atenderlas.

Entre nosotros, la incidencia por sexos es ligeramente superior para el hombre.

Hombres	162 casos —	53.82%
Mujeres	139 casos —	46.17%
<hr/>		
Total	301 casos —	100.00%

La edad en relación con el carcinoma gástrico es un factor de inmensa importancia. Estadísticas extranjeras consideran que el 93% de los casos se presentan en edades superiores a los 40 años y el 73% en edades superiores a los 50. En nuestras estadísticas, estos porcentajes son un poco menores, ya que sólo el 78.40% corresponde a individuos mayores de 40 años y el 54.48% a mayores de 50, pero coinciden en demostrar la mayor frecuencia en edades superiores a estas cifras, dato valioso para el diagnóstico de la afección.

A continuación presentamos el cuadro que hemos obtenido de incidencia por edades:

15 a 19 años	1 caso —	0.33%
20 a 25 años	3 casos —	0.99%
26 a 30 años	4 casos —	1.33%
31 a 35 años	25 casos —	8.30%
36 a 40 años	26 casos —	8.63%
41 a 45 años	30 casos —	9.96%
46 a 50 años	42 casos —	13.95%
51 a 55 años	38 casos —	12.62%
56 a 60 años	57 casos —	18.93%
61 a 65 años	29 casos —	9.63%
66 a 70 años	28 casos —	9.30%
71 a 75 años	7 casos —	2.32%
76 a 80 años	3 casos —	0.99%
81 a 85 años	1 caso —	0.33%
86 a 90 años	1 caso —	0.33%
Sin dato de años	6 casos —	1.99%
—		
Total	301 casos	

Desde el punto de vista clínico de las estenosis, la clasificación macroscópica —polipoide, ulcerado, o difuso— aparentemente no tiene importancia, si se exceptúa el tipo difuso, en el cual, por la extensión e invasión que presenta, tiende a reducir la capacidad gástrica y a disminuir considerablemente la motilidad del órgano. Por otra parte, es este tipo difuso el de peor pronóstico, así como el polipoide es el de menor malignidad.

Histológicamente, los carcinomas gástricos pueden ser clasificados así:

Adeno-carcinoma: Papilar

No papilar (simple).

Carcinoma: Sólido.

Esquiroso.

Anaplásico o indiferenciado.

El tipo esquiroso es el que presenta mayor número de estenosis, por su tendencia infiltrativa y por retraer las paredes y reducir la capacidad del órgano.

La mayoría de los casos estudiados en el Instituto corresponde a las variedades de adeno-carcinoma papilar, coloide e indiferenciado, en su orden respectivo.

La localización del tumor en el carcinoma gástrico tiene importancia no sólo por la sintomatología que presenta, que varía según el sitio, sino también respecto al pronóstico, pues es un hecho reconocido que los situados en el antro pilórico son los que lo tienen.

Indudablemente el tumor que produce estenosis precozmente, como son las localizaciones sobre los orificios del estómago —píloro y cardias— o en su vecindad, es el que influye con mayor rapidez sobre el estado general del paciente, aparte de toda otra

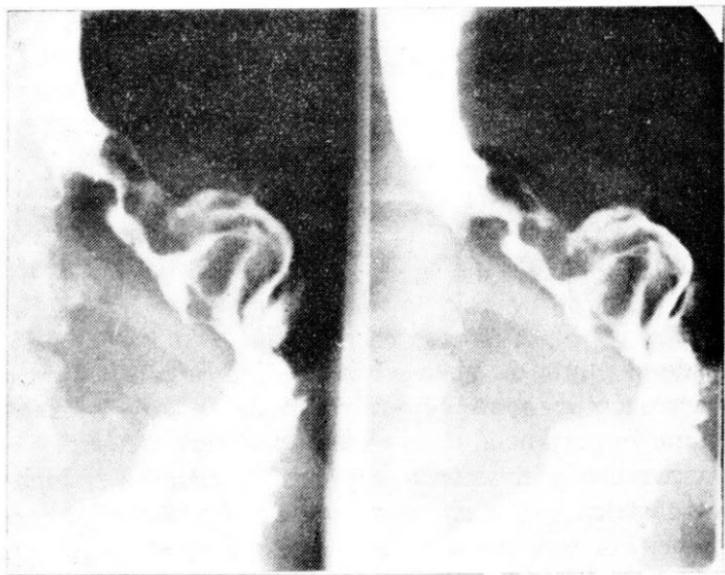


FIGURA NUMERO 2

Seriografía del mismo caso.
Estenosis del cardias por carcinoma.



FIGURA NUMERO 3

Estenosis por carcinoma del cardias gástrico.

consideración de malignidad, ya que al obstruir el canal digestivo impide o perturba la nutrición del individuo y lo caquetiza en un tiempo relativamente corto. Por tal motivo, no puede nunca tenerse en cuenta el criterio de tamaño del tumor, para valorar la gravedad que implica para el paciente, ya que tumores pequeños localizados en estos sitios tienen la misma capacidad de obstrucción para el tránsito digestivo que uno de tamaño mayor.

El tumor localizado en el cardias o en su vecindad, casi siempre debe considerarse como si fuera un tumor esofágico, aunque no se haya extendido hacia este órgano. Y en realidad, es muy difícil determinar si estos tumores han tenido su localización primitiva en el esófago o en el estómago y hacia dónde ha sido la propagación. De todos modos, el tumor carcinomatoso del cardias, por obstruir precozmente, viene a dar una sintomatología de disfagia en un lapso breve, y trae como consecuencia signos y síntomas que bien pueden parangonarse con los de las neoplasias malignas del esófago. Tienen ellos la ventaja de alarmar al paciente

precozmente y, por lo tanto, permiten hacer un diagnóstico oportuno y un tratamiento radical eficaz.

El carcinoma del antro pilórico, dijimos antes que es el de mayor malignidad y es otra forma que determina serios trastornos al paciente por la estenosis que presenta. Sin embargo, esta estenosis del antro o del píloro puede instaurarse lentamente o con rapidez. En el primer caso, el estómago lucha contra el obstáculo que se inicia y trata de acomodarse a él: es cuando inicialmente se observa un peristaltismo exagerado, muchas veces visible al simple examen clínico del paciente; que al persistir el obstáculo produce la hipotonía del estómago por consancio o fatiga de su musculatura, y que luégo concluye con la atonía, la ptosis y la retención, que se traducen en náusea y vómitos frecuentes y una caquexia progresiva. En el segundo caso, o sea la estenosis rápida por tumor pilórico que obstruye en poco tiempo, puede darse una sintomatología comparable a la de una obstrucción in-

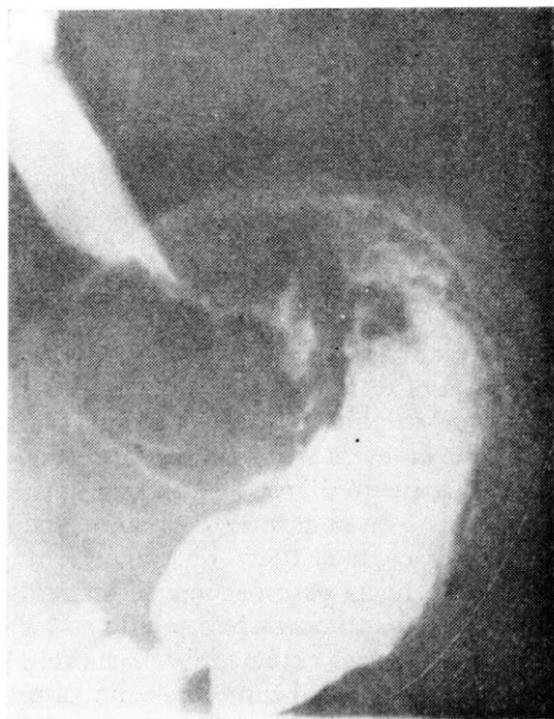
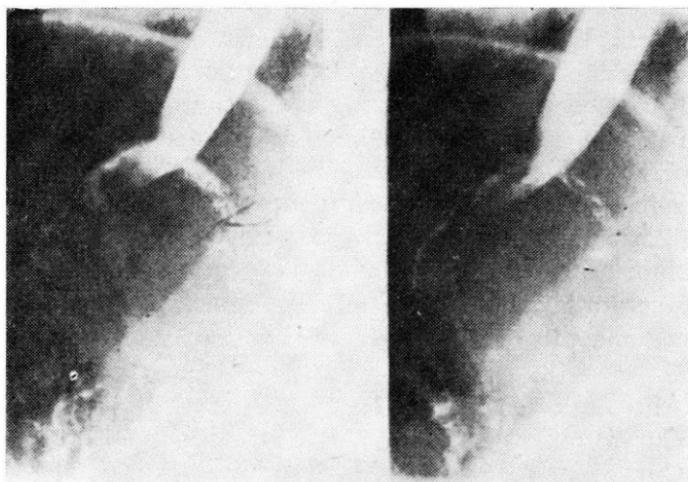


FIGURA NUMERO 4

Carcinoma del fundus gástrico.

**FIGURA NUMERO 5**

Seriografía del caso anterior. Obsérvese cómo el medio de contraste rodea el tumor.

testinal alta, con vómitos frecuentes iniciales y no tardíos, como el caso anterior. Hay que tener en cuenta, sin embargo, que hay casos en los cuales el tumor del antro crece y progresa, dejando buena permeabilidad y no produciendo estenosis.

Son los carcinomas del cuerpo del estómago, ya localizados en las curvaturas mayor y menor o en las caras anterior o posterior, los que dan con menor frecuencia estenosis. Generalmente en estos casos, el tumor ocupa sólo una porción de la luz gástrica, quedando entonces espacio suficiente para que el tránsito digestivo se realice sin dificultad. Son estos los casos que presentan una sintomatología discreta y difícil de diagnosticar, especialmente en sus principios, y los que requieren del médico que aguce su ingenio para poder determinar oportunamente su presencia.

Con todo, hay algunos casos en los que el tumor adquiere una forma circular, de implantación muy extensa y amplia, en las cuales sí se presentan estenosis más o menos intensas. Pero aun en estos casos, se observa que el estómago trata de adaptarse a la nueva condición, dejando todavía la vaguedad de los síntomas y la ausencia de signos positivos que orienten el diagnóstico en forma cierta y oportuna.

Además de producir el carcinoma gástrico los trastornos de la motilidad y de la capacidad que dejamos descritos, este tumor

influye además en la función secretora, trayendo hipoclorhidrias y aclorhidrias más o menos intensas. Como se trata de una lesión que se implanta directamente en la mucosa, y es ella la que tiene a su cargo la secreción de los jugos gástricos, parece que exista alguna relación en la precocidad con que se presenta la inhibición de la secreción, con la distribución que existe de las glándulas secretoras acidófilas, y por consiguiente en los tumores de localización pilórica antral sea en los que se establece la aclorhidria o hipoclorhidria con mayor precocidad.

Respecto a la localización del carcinoma gástrico, en nuestra estadística encontramos los siguientes datos:

Antro pilórico	34 casos	24.81%
Curvatura mayor	14 casos	10.21%
Curvatura menor	47 casos	34.30%
Fundus y cardias	23 casos	16.78%
Totales	11 casos	8.00%
Sin dato	8 casos	5.82%
<hr/>		
Total	137 casos	100.00%

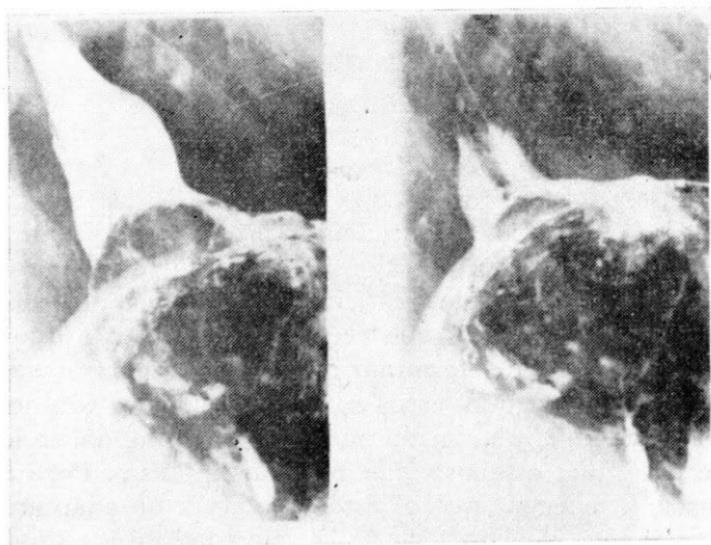


FIGURA NUMERO 6

Seriografía del mismo caso. El tumor se observa perfectamente delimitado.

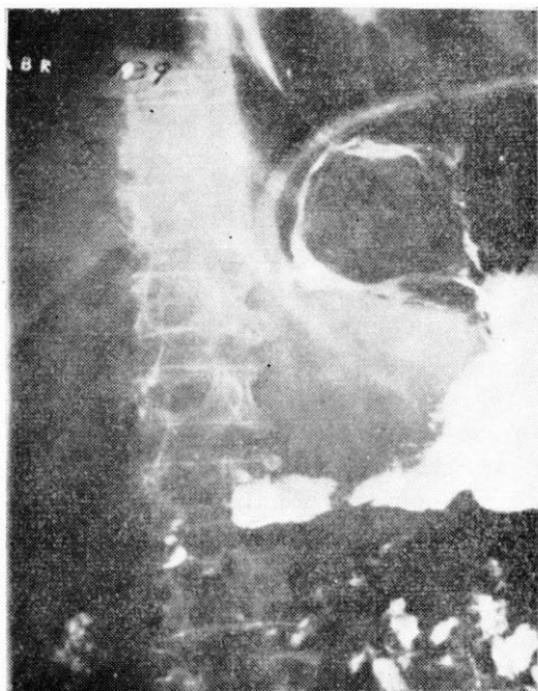


FIGURA NUMERO 7

Carcinoma del fundus gástrico. Su localización en la desembocadura del esófago da fenómenos de estenosis.

En el cuadro anterior se incluyen ocho casos en los que existía localización en dos sitios simultáneamente. Por casos totales, clasificamos aquellos casos en los que el tumor invade todo el órgano, o convencionalmente nos referimos a los que presentan localización en tres sitios o más, a la vez.

Mencionamos anteriormente algunos síntomas que se relacionan con la localización del tumor, particularmente ligados al síndrome estenosante. Existen otros que son comunes a cualquiera localización, y son los que se refieren a la molestia epigástrica o al dolor, que generalmente no guardan relación alguna con las comidas, que no tienen ritmo alguno y generalmente se presenta sin intermitencias, sino en forma continua y persistente; los síndromes ulcerosos que engañan muchas veces al clínico y que hacen aplazar una determinación radical con grave perjuicio del enfermo; las hemorragias discretas o masivas traducidas en la sangre oculta del examen coprológico o en las hematemesis pro-

fundas y repetidas; las diarreas, generalmente debidas a falta de jugos gástricos; las dispepsias prolongadas, que lo mismo que el síndrome ulceroso, entretienen al médico y ensombrecen el pronóstico del paciente, y, finalmente, los síntomas generales, como la anemia, la pérdida de peso y la falta de fuerzas, que como heraldos de algo más grave deben alertar siempre al clínico.

Intencionalmente no hemos querido referirnos al síntoma tumor, porque consideramos que cuando éste se presenta, generalmente el caso es ya muy avanzado, y por lo tanto inoperable. Con todo, debe tenerse en cuenta, porque existen personas de complexión delgada y conformación longilínea, en quienes es fácil descubrir la presencia del tumor en un cuidadoso examen clínico, y cuando todavía puede practicarse un tratamiento radical, o también aquellos casos escurrosos de evolución hasta en los que la aparición de la invasión ganglionar no corresponde al tamaño del tumor.

Al estudiar nuestra casuística, con relación a la sintomatología, hemos hallado los siguientes datos, que consideramos de gran valor:

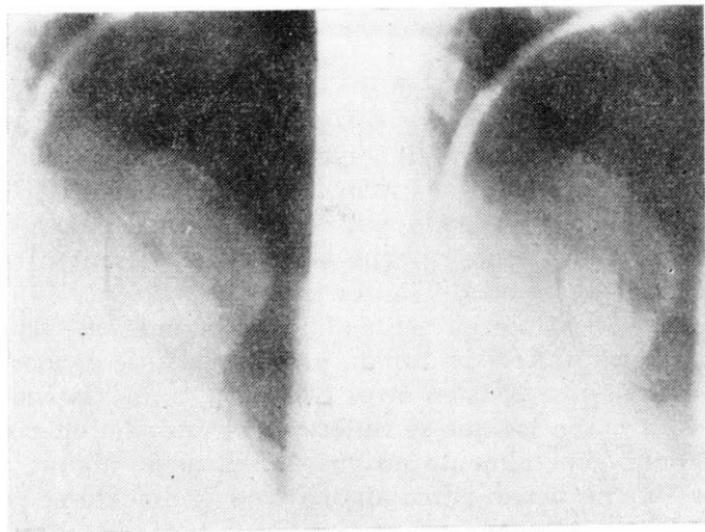


FIGURA NUMERO 8

Seriografía del mismo caso anterior, sin medio de contraste.
La densidad del tumor lo identifica plenamente.

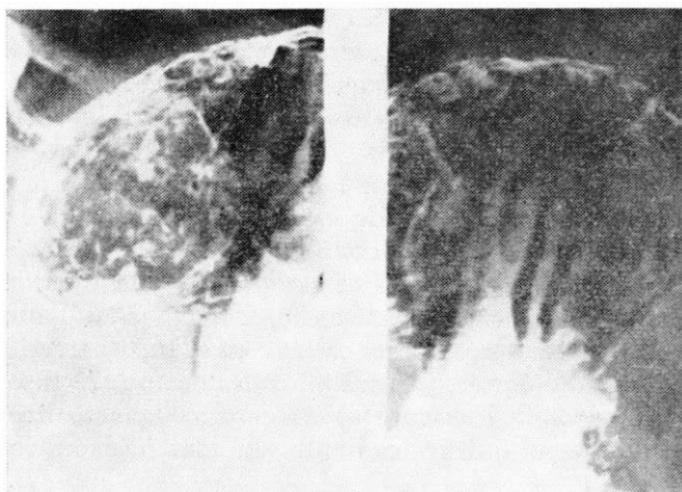


FIGURA NUMERO 9

Dolor	110 casos	85.27%
Pérdida de peso	102 casos	79.06%
Pérdida de apetito	74 casos	57.36%
Tumor	68 casos	52.71%
Vómito	68 casos	52.71%
Pesantez epigástrica	23 casos	17.82%
Hematemesis	20 casos	15.50%
Náusea	14 casos	10.85%
Agrieras	12 casos	9.30%
Flatulencia	10 casos	7.75%

Como criterio de diagnóstico, no debe esperarse nunca a que aparezcan la totalidad de los síntomas, o su mayoría, para hacer un diagnóstico de carcinoma gástrico, ya que entonces la oportunidad de tratamiento puede ser tardía. Creemos que debe pensarse en el cáncer gástrico siempre que haya anemia, pérdida de peso, y el individuo esté en edad mayor de los 40 o 50 años, o cuando existan signos tales como la presencia de un tumor epigástrico asociado a peristaltismo visible o no, palidez o caquexia y síntomas digestivos discretos, pero persistentes.

Con la sospecha de una lesión gástrica maligna, deberá hacerse la comprobación por medio de la radiografía, la gastroscopia, el acidograma, la investigación coprológica de sangre oculta y el

cuadro hemático. En el 98% de los casos, puede hacerse un diagnóstico exacto por medio de la radiografía y la gastroscopia asociadas. Consideramos a la radiografía como el método más sencillo y valioso para hacer un diagnóstico de cáncer gástrico, el que podrá ser complementado en caso de duda, por la gastroscopia o los demás métodos enunciados.

La radiografía permite, por lo general, no solamente hacer el diagnóstico de la lesión, sitio de localización, tamaño y extensión de la misma, sino también apreciar muchas veces las características morfológicas que tenga. Por este medio, puede entonces llegarse a conocer las características macroscópicas del tumor. De los 129 casos revisados para este estudio en el Instituto, se hicieron 116 estudios radiológicos, y entre ellos destacamos 29 casos en los que se hizo radiológicamente el diagnóstico exacto del tumor, comprobado luego quirúrgicamente. La clasificación fue la siguiente:

Esquiroso	12 casos
Circular vegetante	6 casos
Estenosante del antro	4 casos
Linitis plástica (infiltrante)	2 casos
Anular	1 caso
Estenosante del píloro	1 caso
Estenosante del fundus y cardias	1 caso
Ulcerovegetante	1 caso
Ulcerado	1 caso
—	
Total	29 casos

La lesión carcinomatosa del estómago puede presentar invasión ganglionar, propagación a los órganos o metástasis a distancia.

Hoy en día se le ha dado una gran importancia a la invasión ganglionar de los grupos linfáticos del estómago, pues se ha observado que influye definitivamente en el pronóstico del paciente. En casos gastrectomizados en quienes se encontraba invasión ganglionar, sólo hubo un 16% de sobrevividas mayores de 5 años; mientras que en aquellos casos en que no había invasión de los ganglios por el tumor, el porcentaje de sobrevivencia mayor a 5 años subió a un 43%.

La propagación a órganos vecinos es para algunos una forma de metástasis por infiltración o extensión directa, y puede presentarse en los casos, antes de hacerse tratamiento quirúrgico, o

después de él. Otras formas de metástasis en el carcinoma gástrico son las que se hacen por vía linfática —por embolia o permeabilización—, las que se hacen por vía hemática, que son relativamente raras en estos casos de tumores epiteliales, y las que se hacen por trasplante o deslizamiento, y son los denominados “concha de Blummer” —en el hombre, de localización supraprostatática— o tumores de Krukemberg en la mujer, y de localización pélvica y particularmente en el fondo de Douglas. No puede olvidarse tampoco la posibilidad de siembra quirúrgica que puede hacerse en el mismo acto operatorio.

En los casos operados, Pack reporta sobre 122 casos 23 que reprodujeron la lesión en el sitio de la anastomosis, y 99 que presentaron metástasis en sitios distintos después de la operación.

Nuestra casuística muestra metástasis y propagación a los siguientes sitios:

A ganglios	22 casos
A hígado	7 casos
A páncreas	5 casos
A epiplón	4 casos
A esófago	3 casos

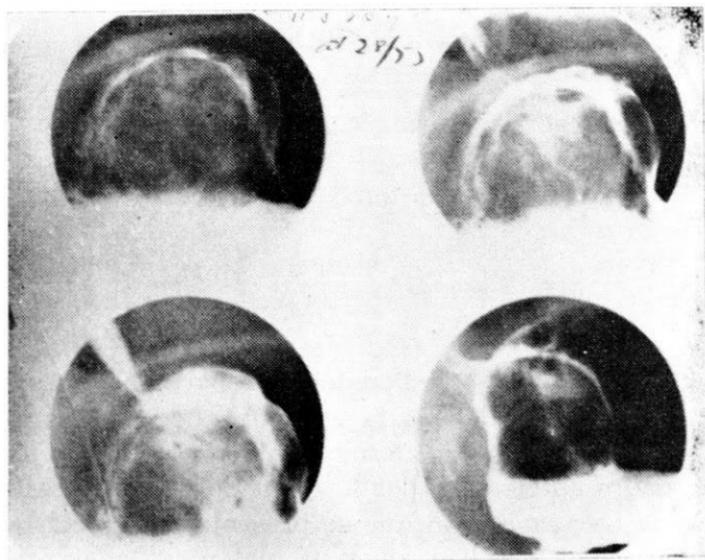


FIGURA NUMERO 10

Seriografía del mismo caso anterior.

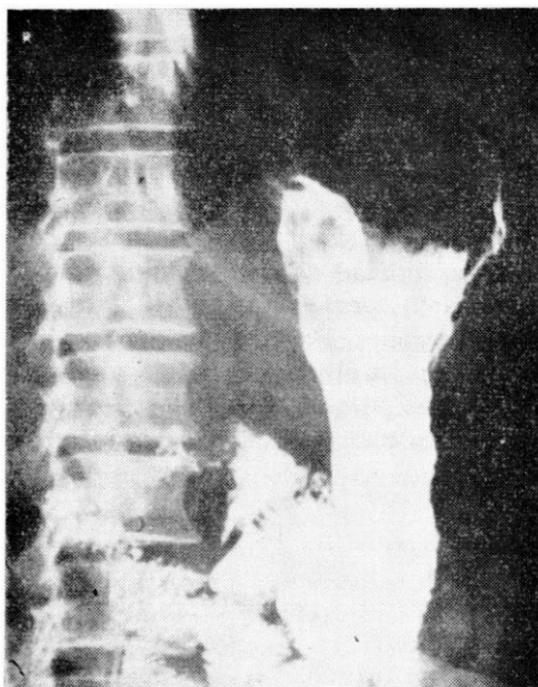


FIGURA NUMERO 11

Carcinoma de la parte alta de la pequeña curvatura.

A pared abdominal	2 casos
A bazo	2 casos
A recidiva en la anastomosis	2 casos
A peroné	1 caso
A mesocolon	1 caso
A vértebras	1 caso

Los dos casos de pared abdominal parecen corresponder a siembras quirúrgicas. Llama la atención que en estos casos las metástasis o siembras aparecieron al año y a los 3 años de operados. El cuadro anterior no por lo reducido de las cifras deja de expresar la frecuencia con que se presentan las metástasis.

El tratamiento de las estenosis malignas del estómago, ya sean por sarcoma o por carcinoma, es esencialmente quirúrgico. No vamos a detenernos a analizar las diversas técnicas que se utilizan hoy en día, cuando la cirugía ha avanzado considerable-

mente, pero sí haremos algunas breves consideraciones que creemos de algún interés.

La operabilidad del cáncer gástrico ha aumentado considerablemente en los últimos años, gracias a las facilidades operatorias y anestésicas, como también al mejor conocimiento del balance líquido y electrolítico y a las facilidades de combatir el shock quirúrgico. Pack anota que durante los años comprendidos entre 1916 a 1930 sólo se podía operar el 51.80% de los casos de cáncer gástrico, mientras que de 1942 a 1947 puede operarse el 82.70%. En la Mayo Clinic, en el período de 1907 a 1938 se observaron 10.890 casos, y de ellos sólo se consideraron operables el 21%. En la Universidad de California se consideran operables hoy en día el 69.20% de los casos. En el Instituto tenemos el criterio de que en todo individuo en quien se haya diagnosticado positivo de cáncer gástrico debe ser laparotomizado si sus condiciones generales lo permiten.

Por otra parte, debe considerarse la posibilidad de reseca el tumor, que no es lo mismo que la operabilidad del paciente. Es decir, que habiendo sido posible llevar el paciente a la sala de operaciones, hecha la laparotomía, debe considerarse la posibilidad de la resección del tumor. A este respecto, el criterio debe

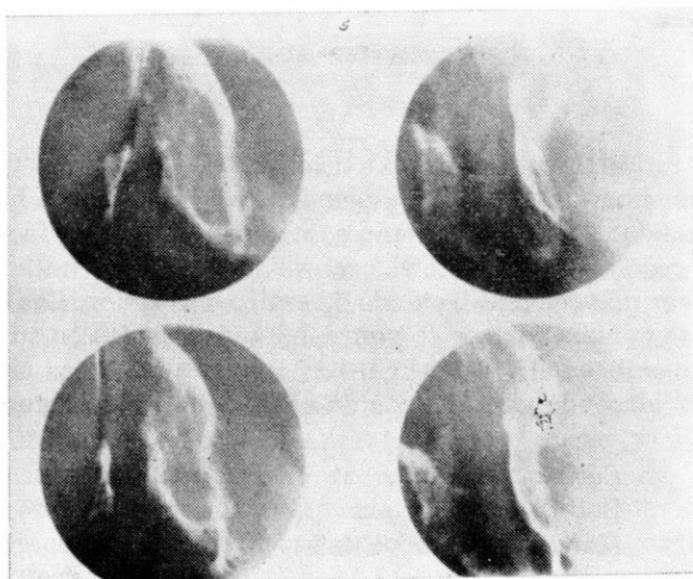


FIGURA NUMERO 12

Seriografía del mismo caso anterior.

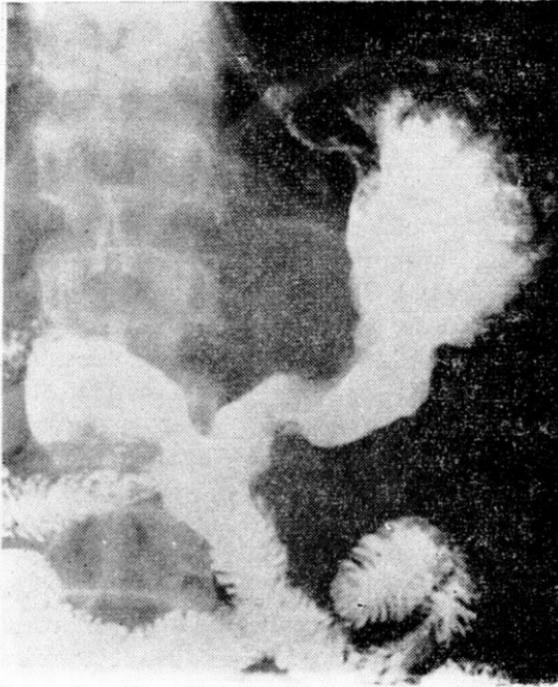
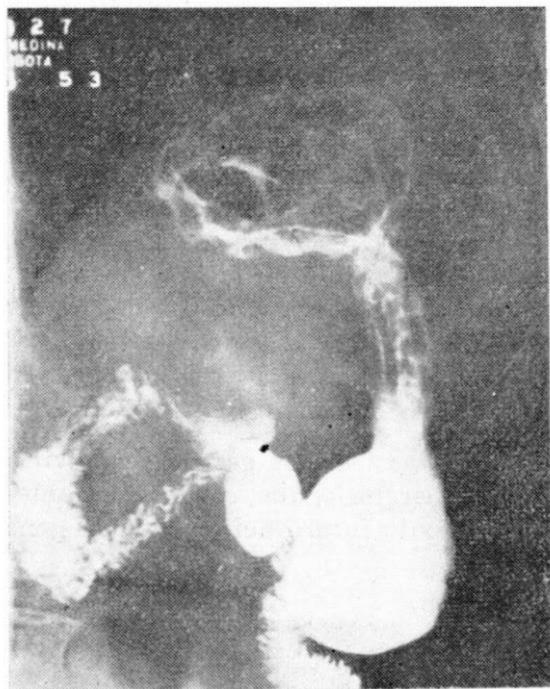


FIGURA NUMERO 13

Carcinoma estenosante del cuerpo del estómago.

basarse no solamente en la extensión de la lesión, sino también en las metástasis e invasión a órganos vecinos que pueda hallarse. Y en realidad, para un cirujano es muchas veces más fácil decidirse a cerrar y firmar así el pronóstico fatal para un enfermo, que luchar un poco más tratando de extirpar la lesión. Los autores varían de opinión sobre este punto, basándose quizá en su habilidad técnica o en su optimismo. Las siguientes son las cifras de resectabilidad que dan algunos de ellos en la época actual:

Pack	48.10%
Bell	49.70%
Marshall (Lahey Clinic)	48.20%
Walters	53.80%
Wagensteen	90.00%
Fergusson	82.80%

**FIGURA NUMERO 14**

Carcinoma estenosante del cuerpo del estómago.

De todas maneras vale destacar el hecho de que las posibilidades operatorias —operabilidad y resectabilidad del tumor— han aumentado considerablemente en los últimos años, y este es uno de los adelantos de que podemos enorgullecernos hoy. Si asociamos esto al descenso de la mortalidad operatoria, que también es evidente, concluimos que hasta donde es posible y desconociéndose aún la etiología del cáncer, la cirugía ocupa un lugar privilegiado tratando de dominar el problema del cáncer gástrico.

Nuestra casuística es muy reducida para poder tener conclusiones sobre mortalidad operatoria, pero confirmando lo dicho anteriormente, encontramos que sobre 24 casos operados antes de 1950, fecha en que llegamos al Instituto, encontramos 4 muertes operatorias o post-operatorias. De esa época para acá, ha sido excepcional o ninguno el caso de muerte operatoria, o post-operatoria inmediata.

Las estadísticas extranjeras hacen en algunos casos discriminación sobre el tipo de cirugía empleado, ya que la gastrectomía

total es un riesgo quirúrgico mayor, pero aun así las cifras son alentadoras y demuestran la reducida mortalidad operatoria. Veámoslas:

		Mortalidad operatoria.	
Pack	Gastrectomía total	33 casos	36.60%
	Gastrectomía subtotal	92 casos	9.80%
	Resección del cardias	36 casos	38.90%
	Total	161 casos	21.70%
Bell	Total de casos		11.90%
Clínica Lahey	Total de casos		6.00%
Clínica Mayo	Gastrectomía total		5.30%
	Gastrectomía subtotal		5.40%

Sin embargo, en las lesiones gástricas malignas no es todo el obtener un éxito operatorio, que, como vimos antes, es lo habitual, sino lograr un éxito futuro definitivo, que generalmente se



FIGURA NUMERO 15

Carcinoma del antro y porción horizontal del estómago.

valora por los años de supervivencia que tiene el paciente después de la intervención. Tampoco son suficientes ni el tiempo ni la extensión de la casuística para hacer esta valoración, y por tanto tenemos que referirnos a estadísticas extranjeras. También en este caso, las estadísticas favorecen los casos en que no se ha encontrado invasión ganglionar dando un 49% de supervivencia por encima de 3 años, mientras que en los que se ha encontrado invasión ganglionar esta supervivencia se reduce a un 20%. Eusterman da una supervivencia de 5 años para un 27.60% y de 8 años para un 18.75%. Pack presenta una supervivencia de 5 años para un 34.70% de los casos, en los cuales un 62% no tenían invasión ganglionar y un 30.80% sí la tenían. Finalmente, las cifras de la Clínica Mayo dan las siguientes cifras de sobrevida:

5 años	28.90%
10 años	20.40%
15 años	12.20%
20 años	10.50%
25 años	6.30%

Para concluir, debemos decir que si bien es cierto que la cirugía ha solucionado en cierto grado el inmenso problema de las estenosis malignas del estómago, éste quedará vigente con su elevadísima mortalidad, no tanto operatoria como a plazo relativamente corto, mientras esté vigente el problema del cáncer en general y se desconozca la etiología de esta grave enfermedad.

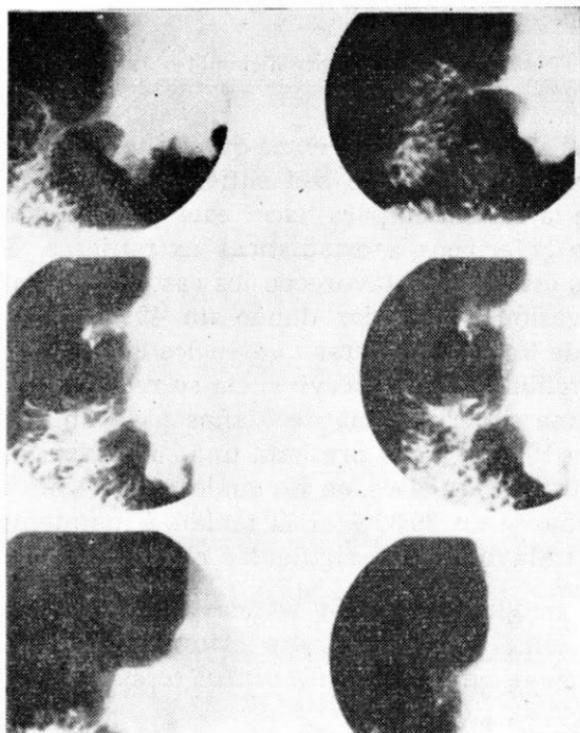


FIGURA NUMERO 16

Seriografía del mismo caso.



FIGURA NUMERO 17

Carcinoma ulcerado y estenosante del antro pilórico.

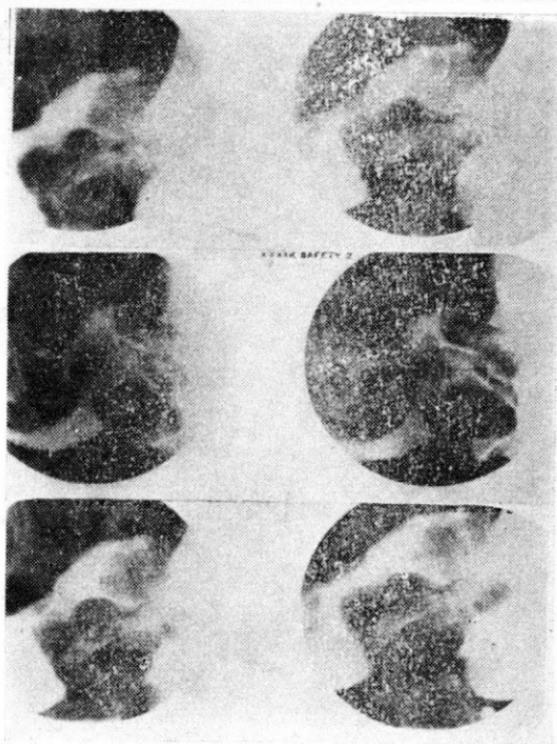


FIGURA NUMERO 18

Seriografía del mismo caso. Véase la gran ulceración en la parte superior.

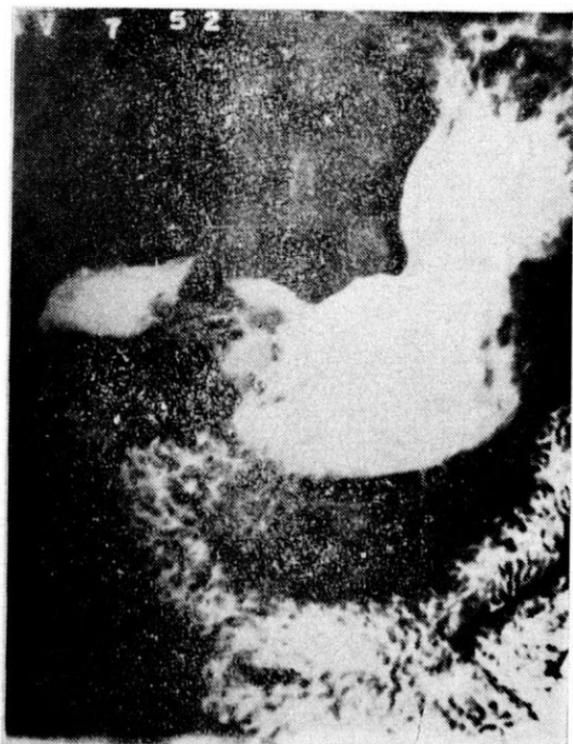


FIGURA NUMERO 19

Carcinoma con úlcera incarcerationada y estenosis del antro pilórico.

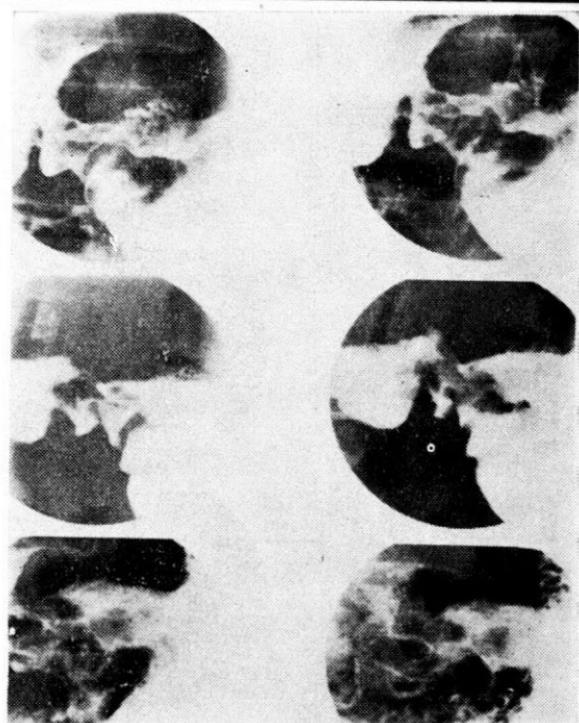


FIGURA NUMERO 20

Seriografía del caso anterior.

Obsérvese la gran úlcera incarcerationada en la parte inferior del antro pilórico.

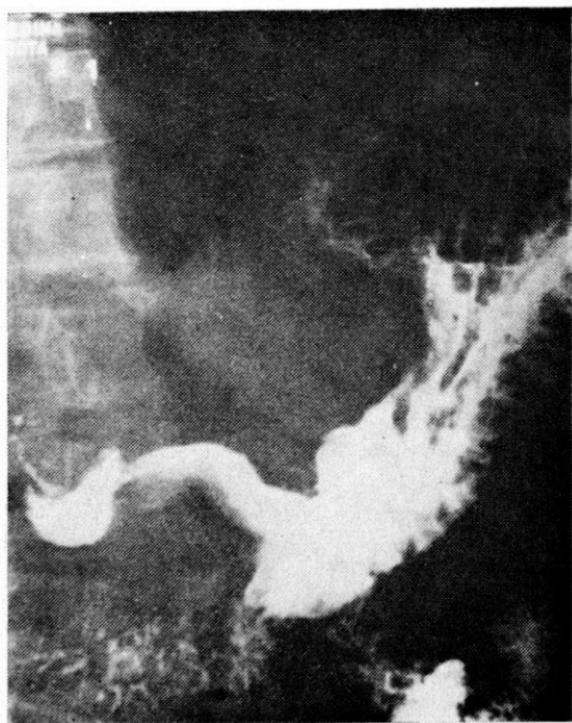


FIGURA NUMERO 21

Carcinoma estenosante del píloro y porción horizontal del estómago.



FIGURA NUMERO 22

Seriografía del caso anterior que permite observar la gran extensión de la lesión.

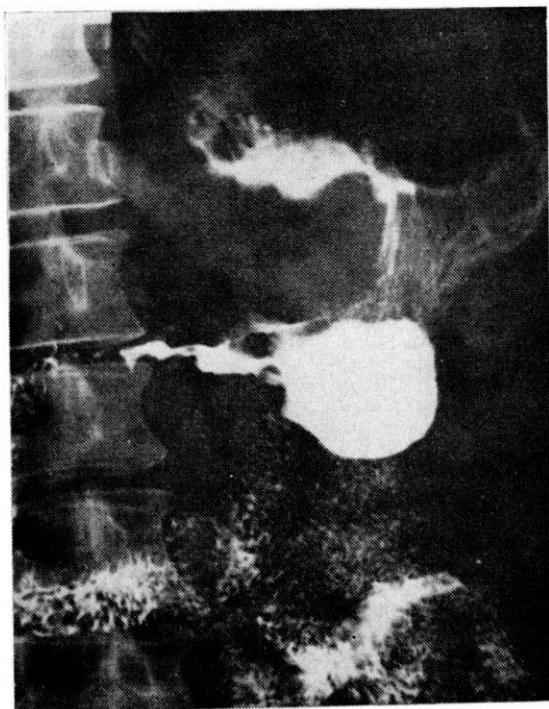


FIGURA NUMERO 23

Carcinoma del piloro y antro pilórico.

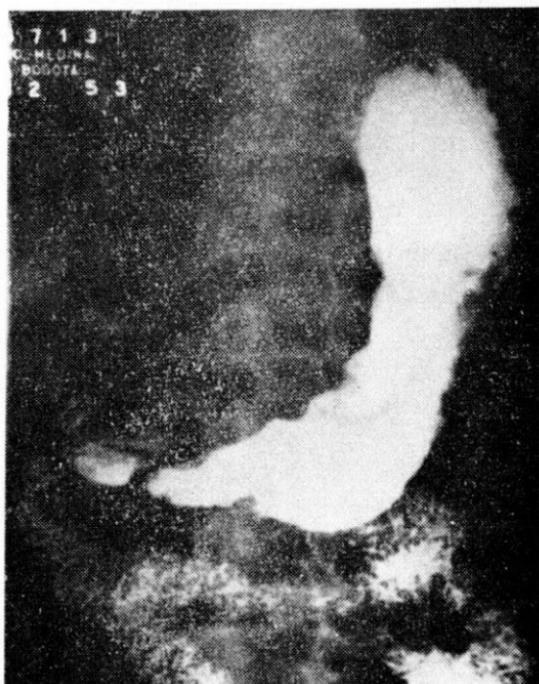


FIGURA NUMERO 24

Carcinoma de la gran curvatura y cuerpo gástrico. Aparentemente, esta radiografía muestra una lesión pequeña e incipiente.

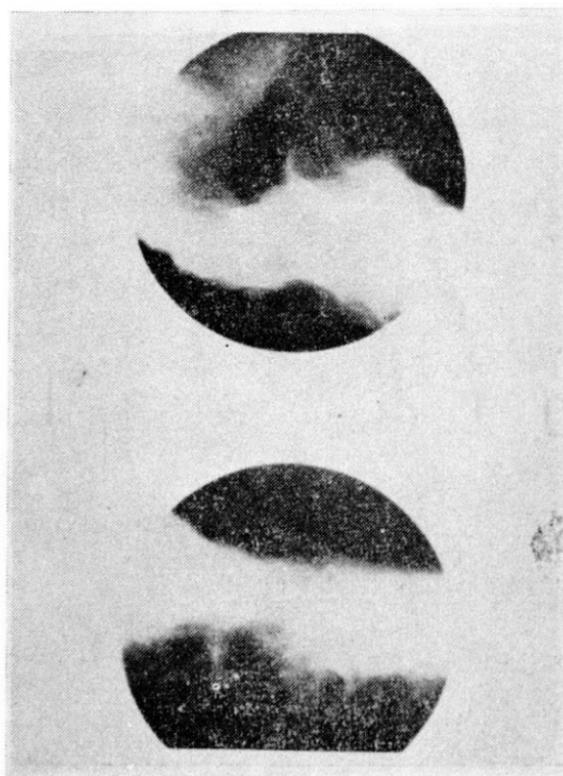


FIGURA NUMERO 25

Seriografía del mismo caso, que demuestra la gran extensión de la lesión.



FIGURA NUMERO 26

Carcinoma de la gran curvatura gástrica.



FIGURA NUMERO 27

Linfosarcoma gástrico que por su extensión presenta fenómenos.



FIGURA NUMERO 28

Reproducción del carcinoma post-gastrectomía. Véase la gran masa de tipo polipoide.



FIGURA NUMERO 29

Mismo caso anterior. La radiografía delimita el tumor.