

## Tumores del tracto digestivo superior diagnosticados mediante endoscopia en el Hospital Militar de Matanzas

Tumors of the upper digestive tract diagnosed by endoscopy at the Military Hospital of Matanzas

Ibis Umpierrez García<sup>1\*</sup> <https://orcid.org/0000-0001-5799-8172>

Roxana Ávalos García<sup>2</sup> <https://orcid.org/0000-0003-4561-1676>

Ania Hernández Ortega<sup>3</sup> <https://orcid.org/0000-0001-8804-5390>

Adrián Ramiro Castelnau Sánchez<sup>1</sup> <https://orcid.org/0000-0003-3264-9974>

Juan Carlos Martin Umpierrez<sup>4</sup> <https://orcid.org/0000-0001-7151-623X>

<sup>1</sup>Hospital Militar “Dr. Mario Muñoz Monroy”, Matanzas. Cuba

<sup>2</sup>Universidad de Ciencias Médicas de Matanzas, Hospital Universitario “Comandante Faustino Pérez”, Matanzas. Cuba

<sup>3</sup>Hospital Militar “Dr. Mario Muñoz Monroy”, Colon, Matanzas. Cuba

<sup>4</sup>Universidad de Ciencias Médicas de Matanzas, Policlínico docente “Dr. Samuel Fernández”, Matanzas. Cuba

\*Autor para la correspondencia: [ibis.mtz@infomed.sld.cu](mailto:ibis.mtz@infomed.sld.cu)

### RESUMEN

**Introducción:** La neoplasia del tracto digestivo superior se considera una entidad de comportamiento agresivo. En el hospital militar “Dr. Mario Muñoz Monroy” ha existido un incremento de la misma a partir del año 2017.

**Métodos:** Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo con los informes endoscópicos de los pacientes que se realizaron endoscopia digestiva superior en el servicio de Gastroenterología de dicho hospital, con el diagnóstico de estas neoplasias, en el período de enero del 2017 a enero del 2019, con el objetivo de determinar el comportamiento de dichas neoplasias. El universo estuvo

conformado por 38 pacientes cuya biopsia confirmó la entidad. Se estudiaron variables como: grupo de edades, sexo, raza, factores de riesgo, síntomas o signos, localización de la neoplasia y diagnóstico histológico.

**Resultados:** Las neoplasias de esófago y estómago resultaron ser las más frecuentes, en el grupo de 61 a 70 años (31,5 %) y en el sexo masculino (57,8 %). La pérdida de peso fue el síntoma común en todas las neoplasias (81,5 %). Los factores de riesgo tradicionales más frecuentes fueron el tabaquismo y el alcoholismo (55,2 %) y el consumo de irritantes (81,5 %). En esófago predominó el carcinoma epidermoide (26,3 %), mientras que en estómago y duodeno fueron el adenocarcinoma.

**Conclusiones:** Las neoplasias malignas del tractus digestivo superior se presentaron en edades avanzadas de la vida. Todos los pacientes estuvieron expuestos a factores de riesgo. Los síntomas o signos y el diagnóstico histológico, estuvieron en relación con la localización tumoral.

**Palabras clave:** neoplasia; tracto digestivo superior; cáncer digestivo; disfagia; carcinoma epidermoide; adenocarcinoma.

## ABSTRACT

**Introduction:** Neoplasia of the upper digestive tract is considered an entity of aggressive behavior. In the military hospital "Dr. Mario Muñoz Monroy" there has been an increase of it since 2017.

**Methods:** A descriptive, retrospective study was carried out with the endoscopic reports of patients who underwent upper gastrointestinal endoscopy in the Gastroenterology service of said hospital, with the diagnosis of these neoplasms, in the period from January 2017 to January 2019, with the aim of determining the behavior of these neoplasms. The universe consisted of 38 patients whose biopsy confirmed the entity. We studied variables such as: age group, sex, race, risk factors, symptoms or signs, location of the neoplasm and histological diagnosis.

**Results:** Esophageal and stomach neoplasms were the most frequent in the 61 to 70 years age group (31.5%) and in the male sex (57.8%). Weight loss was the common symptom in all neoplasms (81.5%). The most frequent traditional risk factors were smoking and alcoholism (55.2%) and consumption of irritants

(81.5%). In esophagus, squamous cell carcinoma predominated (26.3%), while in stomach and duodenum were adenocarcinoma.

**Conclusions:** Malignant neoplasms of the upper digestive tract occurred at advanced ages of life. All patients were exposed to risk factors. Symptoms or signs and histologic diagnosis were related to tumor location.

**Keywords:** neoplasia; upper digestive tract; digestive cancer; dysphagia; squamous cell carcinoma; adenocarcinoma.

Recibido: 29/07/2023

Aceptado: 20/10/2023

## Introducción

Las neoplasias del tracto digestivo superior fueron descritas desde hace más de 2 000 años y se consideran entidades de comportamiento agresivo. Los principales factores de riesgo son la ingestión excesiva de alcohol, tabaquismo, dieta inadecuada, presencia de lesiones premalignas y factores hereditarios. En el estómago, además influye la infección por *Helicobacter pylori*.<sup>(1)</sup>

La Agencia Internacional de Investigación del Cáncer de la Organización Mundial de la Salud (OMS) permitió determinar en más de medio millón de pacientes europeos el efecto protector de la ingestión de fibra, frutas y verduras en la prevención de cáncer del aparato digestivo con disminución paulatina del consumo de estos productos naturales en la dieta habitual de los países occidentales.<sup>(2)</sup>

En Cuba, hay una elevada incidencia y mortalidad por tumores malignos, donde el cáncer digestivo se encuentra entre las cinco primeras causas de muerte. En el año 2019 se reportó el cáncer colorrectal como primera causa de muerte en el país, seguido de las neoplasias del tracto digestivo superior, con más frecuencia en los hombres. La tendencia actual en el cáncer del aparato digestivo ha estado influenciada por muchos factores, entre ellos la transición epidemiológica

secundaria al cambio en la pirámide poblacional y los cambios en la dieta. Lo anterior ha llevado a un incremento importante en la prevalencia del cáncer colorrectal con descenso en el número de casos de cáncer gástrico.<sup>(3)</sup>

El gran reto en las neoplasias del aparato digestivo sigue siendo el diagnóstico oportuno, con el manejo en estadios tempranos para poder abatir las tasas de mortalidad y morbilidad asociadas a estas patologías. Los programas de escrutinio en poblaciones de riesgo, el uso de las guías de diagnóstico y manejo ante signos clínicos de alarma y la utilización de métodos endoscópicos en el tratamiento de lesiones precursoras, marcan el camino a seguir.

Desde 2017, en el hospital militar de Matanzas ha aumentado el número de pacientes con diagnóstico de neoplasias del tracto digestivo superior a través de la endoscopia. Por tal motivo se decidió realizar la presente investigación con el objetivo de describir las principales características demográficas, endoscópicas e histológicas de este tipo de lesiones.

## Métodos

Se realizó la descripción retrospectiva de una serie de casos compuesta por 38 enfermos a los que se le diagnosticó por vía endoscópica una neoplasia de localización en esófago, estómago o duodeno. Estos pacientes fueron atendidos en el servicio de Gastroenterología del Hospital Militar "Dr. Mario Muñoz Monroy" de Matanzas, en el período de enero del 2017 a enero del 2019.

Se realizó endoscopia digestiva, las muestras de tejido se tomaron con pinzas de biopsia y se siguieron los protocolos establecidos. El número mínimo de muestras tomado en cada caso fue de seis. El diagnóstico se confirmó por el departamento de Anatomía Patológica del referido hospital.

Se revisaron las historias clínicas o el informe endoscópico, de donde se tomaron los datos de interés. Las variables estudiadas fueron la edad (distribuida en grupos de años), sexo (masculino o femenino), localización del tumor (esófago, estómago, duodeno) y manifestaciones clínicas predominantes. Además, se revisó la presencia de los factores de riesgo tradicionales para el cáncer

digestivo, identificados por la literatura internacional. Finalmente, se tomó registro del tipo histológico.

El análisis de los datos se hizo por cada tipo de tumor. Se utilizaron técnicas de estadística descriptiva, según el tipo de variable. El procesamiento estadístico se realizó con el sistema estadístico SPSS en su versión 22. Los resultados se expresaron en número y por ciento, y fueron representaron en tablas para una mejor interpretación.

## Resultados

De los 38 tumores detectados, 19 correspondieron al esófago; 17 al estómago y solo 2 al duodeno. Estos tumores se diagnosticaron en 22 pacientes masculinos (57,8 %) y 16 (42,1 %) femeninas. La relación hombre/mujer fue de 3.1:1. La neoplasia de esófago resultó ser la más frecuente, en la mitad de los pacientes que integraron la serie (19 pacientes, 50 %).

El cáncer de esófago se diagnosticó con predominio en hombres, entre 61 y 80 años de edad. El síntoma capital fue la disfagia, seguida de la pérdida de peso. De los factores de riesgo conocidos, los más frecuentes en este grupo fueron el hábito de fumar y el consumo de alimentos encurtidos o curados. El tipo histológico predominante fue el carcinoma epidermoide.

En el caso de los tumores de estómago, constituyeron el 44,7 % de la serie. También predominaron en hombres, sobre todo en la sexta década de la vida. El dolor en epigastrio, así como la pérdida de peso y la sensación de plenitud gástrica fueron las manifestaciones clínicas más relevantes en este grupo. Se recogieron como antecedentes de interés el consumo de alimentos encurtidos y de efecto irritante sobre la mucosa gástrica. Desde el punto de vista histológico el tipo más frecuente fue el adenocarcinoma difuso.

Los tumores de duodeno fueron los de aparición menos frecuente en la serie y solo se diagnosticaron en mujeres. En estos casos los síntomas fueron de tipo epigastralgia, plenitud gástrica y pérdida de peso y se recogió como antecedentes el consumo de tabaco, alcohol y alimentos encurtidos y curados.

Todas estas características por tipo de tumor y para toda la serie se muestran de forma detallada en la Tabla 1.

Tabla 1. Distribución de los pacientes según la localización tumoral y variables estudiadas

Variables	Esófago n=19 (50 %)	Estómago n=17 (44,7 %)	Duodeno n=2 (5,2 %)	Total n=38 (100%)
Sexo (n,%):				
- Masculino	12 (31,5)	10 (26,3)	0	22 (57,8)
- Femenino	7 (18,4)	7 (18,4)	2 (5,2)	16 (42,1)
Grupos de edades (n,%):				
- 40 -50 años	3 (7,8)	2 (5,2)	0	5 (13,1)
- 51- 60 años	3 (7,8)	3 (7,8)	1 (2,6)	7 (18,4)
- 61- 70 años	6 (15,7)	5 (13,1)	1 (2,6)	12 (31,5)
- 71-80 años	4 (10,5)	4 (10,5)	0	8 (21)
- Más de 80 años	3 (7,8)	3 (7,8)	0	6 (15,7)
Síntomas y signos (n,%):				
- Disfagia	17 (44,7)	1 (2,6)	0	18 (47,3)
- Plenitud gástrica	0	11(28,9)	2 (5,2)	13 (34,2)
- Dolor retroesternal	9 (23,6)	0	0	9 (23,6)
- Epigastralgia	0	17(44,7)	1 (2,6)	18 (47,3)
- Pérdida de peso	15 (39,4)	14 (36,8)	2 (5,2)	31 (81,5)
- Vómitos	5 (13,1)	7 (18,4)	0	12 (31,5)
- Palidez cutáneo mucosa	6 (15,7)	8 (21)	0	14 (36,8)
- Odinofagia	9 (23,6)	1 (2,6)	0	10 (26,3)
- Melena	0	2 (5,2)	1 (2,6)	3 (7,8)
Factores de riesgo tradicionales (n,%):				
- Tabaquismo				
- Alcohol	11 (28,9)	9 (23,6)	1 (2,6)	21 (55,2)
- Esófago de Barret	7 (18,4)	6 (15,7)	1 (2,6)	14 (36,8)
- ERGE	2 (5,2)	0	0	2
- Ingestión de irritantes	4 (10,5)	0	0	4 (10,5)
- Ingestión de alimentos curados o encurtidos	9 (23,6)	11 (28,9)	1 (2,6)	21 (55,2)
	14 (36,8)	15 (39,4)	2 (5,2)	31 (81,5)
- Antecedente familiar de neoplasias				
- Antecedente personal de lesiones premalignas	1 (2,6)	2 (5,2)	0	3 (7,8)
	2 (5,2)	3 (7,8)	0	5 (13,1)
Tipo histológico (n,%):				
- Carcinoma epidermoide	10 (23,6)	0	0	10 (26,3)
- Carcinoma en células de anillo de	0	4 (10,5)	1 (2,6)	5 (13,1)

sello				
-Adenocarcinoma difuso	0	8 (21)	0	8 (21)
-Adenocarcinoma intestinal	0	5 (13,1)	0	5 (13,1)
-Adenocarcinoma papilar	2 (5,2)	0	0	2 (5,2)
-Adenocarcinoma diferenciado	5 (13,1)	2 (5,2)	1 (2,6)	8 (21)

## Discusión

El presente trabajo muestra que las neoplasias malignas del tracto digestivo superior diagnosticadas se presentaron en edades avanzadas de la vida y en el sexo masculino mayoritariamente. Los resultados del estudio coincidieron con los reportados de otros autores, en cuanto a los grupos de edades y el sexo que se presentan con mayor frecuencia las neoplasias del tracto digestivo superior.<sup>(4)</sup>

Se encontró la presencia de elementos identificados como factores de riesgo en este grupo como la dieta inadecuada, el hábito de fumar y el alcoholismo. El diagnóstico histológico más representativo fue el adenocarcinoma en las neoplasias gastroduodenales y en esófago el carcinoma epidermoide.

El cáncer de esófago ha sido reportado como más frecuente en el sexo masculino y en edades avanzadas.<sup>(5,6)</sup> Los factores de riesgo para el cáncer esofágico producen un daño progresivo de la mucosa del órgano y condicionan el surgimiento con el paso del tiempo de la lesión maligna. Los factores más claramente relacionados son el consumo de alcohol y el tabaquismo, las secuelas de la ingestión de cáusticos, que multiplica el riesgo 40 veces más, así como el esófago de Barret.<sup>(7)</sup>

El cáncer gástrico alcanza su mayor incidencia en la séptima década de la vida, siendo más frecuente en el sexo masculino según lo publicado internacionalmente.<sup>(8,9)</sup> También, con los resultados de estudios realizados en Cuba en el Instituto de Gastroenterología en La Habana,<sup>(10)</sup> y en la provincia de

Matanzas en el hospital "Faustino Pérez" y en el Hospital Militar "Dr. Mario Muñoz".<sup>(11)</sup>

La sintomatología mostró relación con la localización tumoral: disfagia en el cáncer de esófago, epigastralgia en el caso del cáncer gástrico y la plenitud gástrica en la localización duodenal. En todos los casos acompañados de pérdida de peso, que es considerado un síntoma de alarma. Los síntomas referidos resultaron ser similares a los reportados en la literatura consultada. El síntoma clásico del cáncer de esófago es la disfagia, no así en el caso de las neoplasias gástricas y duodenales, donde exceptuando los casos en que por su localización causan síntomas obstructivos, la gran mayoría de las veces producen síntomas dispépticos inespecíficos y se diagnostican frecuentemente ante la presencia de síntomas de alarma (pérdida de peso, astenia, anorexia), que obligan al paciente y al facultativo a estudiarlos.<sup>(12)</sup>

El cáncer esofágico de células escamosas se ha relacionado con el consumo de alcohol y tabaco. Es el tipo histológico más frecuente en todo el mundo, en especial en los países orientales asiáticos. En los últimos años viene ocurriendo un aumento significativo de la incidencia del adenocarcinoma en los países occidentales, relacionado con la enfermedad por reflujo gastroesofágico y la obesidad.<sup>(13)</sup>

Tradicionalmente, se ha descrito que el 95% de las neoplasias de estómago son adenocarcinomas, clasificados histológicamente en dos tipos: intestinal (ADC-I) y difuso (ADC-D), basado en la clasificación de Lauren de 1965. Aproximadamente el 50 % de tipo intestinal, el 30 % son difusos y el 15-20 % son mixtos o indeterminados.<sup>(14)</sup>

Las características endoscópicas de los tumores de estómago coinciden con los hallazgos de las series de Crespo<sup>(15)</sup> en Cuba y de Parrillo en una unidad de endoscopia de Perú.<sup>(16)</sup>

El adenocarcinoma duodenal es infrecuente; se origina en la mayoría de los casos a partir de un adenoma (similar a la secuencia descrita en el cáncer colorrectal). Su escasa sintomatología en estadios iniciales suele conllevar a un retraso en su diagnóstico.<sup>(17)</sup> Sin embargo, son más frecuentes en hombres, en la sexta década de la vida, según otras series. Esto no coincide con la observación de la presente



investigación, aunque por tratarse de una muestra pequeña no es posible realizar ninguna consideración epidemiológica.

Una de las limitaciones de este estudio está en relación con el tamaño de la muestra, que obliga a hacer consideraciones que se limitan al ámbito en que fue desarrollado. Tampoco se recogió información en relación con la presencia o no de infección por *H. pylori* en pacientes con cáncer gástrico, muy relacionado con su patogenia.

En resumen, se pudo apreciar que neoplasias malignas del tracto digestivo superior se presentaron en edades avanzadas de la vida. Todos los pacientes estuvieron expuestos a condiciones consideradas como factores de riesgo. Los síntomas o signos y el diagnóstico histológico estuvieron en relación con la localización tumoral.

A modo de conclusión, se confirma el valor de la endoscopia digestiva como método de diagnóstico de las neoplasias del tracto digestivo. La mayor frecuencia de tumores esofágicos orienta hacia la necesidad de desarrollar en la institución medidas terapéuticas o paliativas para garantizar la adecuada nutrición de estos enfermos, junto a las medidas oncológicas específicas.

## Referencias bibliográficas

1. Abdo Francis JM. Cáncer del aparato digestivo. Rev Med del Hospital General de México. 2010 [Acceso 22/11/2020]; 73 (1): 7–8. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/h-gral/hg-2010/hg101b.pdf>
2. González C, Navarro C, Martínez C. El Estudio Prospectivo Europeo sobre Cáncer y Nutrición (EPIC). Rev Esp Sal Pub. 2004; 78 (2): 1-10.
3. Cuba. Ministerio de Salud. Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. Anuario estadístico de salud 2019. La Habana: MINSAP; 2020.
4. Chávez Vega R. Tumores benignos y malignos del estómago y duodeno. En: Paniagua Estévez ME, Piñol Jiménez FN. Gastroenterología y hepatología clínica. Tomo III. 1ra ed. La Habana: ECIMED; 2015: 938-64.
5. Avalos R, Caballero Boza C, Umpierrez García I. Caracterización clinicopatológica de pacientes con cáncer de esófago en el Hospital Mario Muñoz

Monroy, Matanzas. Rev. Médica Electrónica [Internet]. 2015 [Acceso 22/11/2020]; 37 (4): [aprox. 10 p.]. Disponible en:

<http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/1386>

6. Cora Estopiñan S, Avalos García R, Del Valle LLufrio P, Vanterpoll Héctor M, Ramos Díaz D. Caracterización clínico-patológica del cáncer esofágico avanzado en el Hospital Universitario Comandante Faustino Pérez. Matanzas. Rev. Médica Electrónica [Internet]. 2019 [Acceso 22/11/2020]; 41 (2): [aprox. 0 p.]. Disponible en: <http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/2940>

7. American Cancer Society. Esophagus Cancer Risk Factors. cancer.org|1.800.227.2345. [Internet]. [Acceso 15/06/2021]. Disponible en: <https://www.cancer.org/cancer/esophagus-cancer/causes-risks-prevention/risk-factors.html>

8. Rojas Montoya V, Montagné N. Generalidades del cáncer gástrico. 2019. [Acceso 22/11/2020]; 9 (2): 22-29. ISSN-2215 2741. Disponible en:

<https://www.medigraphic.com/pdfs/revcliescmed/ucr-2019/ucr192d.pdf>

9. Buján Murillo S, Bolaños Umaña S, Mora Membreño K, Bolaños Martínez I. Carcinoma gástrico: revisión bibliográfica. Med Leg. Costa Rica. 2020 [Acceso 02/12/2020];37(1):67-73. Disponible en:

[https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1409-00152020000100062&lng=en&nrm=iso](https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152020000100062&lng=en&nrm=iso)

10. Hierro González A, Lazo del Vallin S, Elvírez Gutiérrez A. Valor del ultrasonido abdominal convencional en la detección del cáncer gástrico. Arch. Cuba. Gastroenterol. [Internet]. 2021 [Acceso 22/11/2020]; 2 (1). Disponible en:

<http://www.revgastro.sld.cu/index.php/gast/article/view/24>

11. Avalos García R, Morales Díaz M, Romero Bareira SR, Laud Martínez PM. Comportamiento del cáncer gástrico avanzado diagnosticado por videoendoscopia en el Hospital "Faustino Pérez Hernández", Matanzas. Rev. Médica Electrónica [Internet]. 2017 [Acceso 22/11/2020]; 39 (3): [aprox. 11 p.]. Disponible en:

<http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/2072>

12. Umpierrez García I, Martín Umpierrez J, Rodríguez Alonso L, Cambet Umpierrez Y, García Rodríguez BC, Avalos García R. Comportamiento clínico,

endoscópico e histológico del cáncer gástrico diagnosticado en el Hospital "Mario Muñoz Monroy. Rev. Médica Electrónica [Internet]. 2020 [Acceso 22/11/2020]; 42 (6). Disponible en:

<http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/3840>

13. Rubenstein JH, Shaheen NJ. Epidemiology, diagnosis, and management of esophageal adenocarcinoma. *Gastroenterology*. 2015;149:302-317. DOI:

<http://dx.doi.org/10.1053/j.gastro.2015.04.053>.

14. Ajani JA, Lee J, Sano T, et al. Gastric adenocarcinoma. *Nat Rev Dis Primers* 2017; 3: 17036. DOI: <http://dx.doi.org/10.1038/nrdp.2017.36>.

15. Crespo Ramírez E, González Pérez S, López Vásquez N, Pagarizabal Nuñez S. Cáncer gástrico en pacientes atendidos en servicio de endoscopia digestiva. *Rev Ciencias Médicas*. 2017 [Acceso 02/12/2020];21(5):46-53. Disponible en:

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1561-31942017000500008](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942017000500008)

16. Parillo Durand LB. Características endoscópicas y patológicas del cáncer gástrico en un hospital público peruano. *Rev Gastroenterol Perú*. 2017 [Acceso 22/11/2020]; 37(3):209-16. Disponible en:

[http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1022-51292017000300003&lng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1022-51292017000300003&lng=es)

17. Peño Muñoz L, Plana Campos L, Ferrer Barceló L, Sanchís Artero L, Larrey Ruiz L, Núñez Martínez P et al. Adenocarcinoma duodenal: un diagnóstico poco frecuente. *Rev. Gastroenterol. Perú* [Internet]. 2016 Abr [Acceso 22/11/2020]; 36 (2): 172-174. Disponible en:

[http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1022-51292016000200012&lng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1022-51292016000200012&lng=es)

### Conflicto de intereses

Los autores declaran que el trabajo no está sujeto a conflicto de intereses.

### Contribución de autoría

*Revisión documental, recolección de datos y redacción del informe final:* Ibis Umpierrez García.

*Revisión documental y del informe final:* Roxana Ávalos García.

*Redacción y revisión del informe final:* Ania Hernández Ortega.

*Recolección de datos:* Adrián Ramiro Castelnuovo Sánchez.

*Revisión del informe final:* Juan Carlos Martín Umpierrez.