

# ADENOCARCINOMA GÁSTRICO, MIRADA A UNA DÉCADA

## GASTRIC ADENOCARCINOMA, A LOOK AT A DECADE

Dr. Nixon Cevallos; SOLCA Núcleo Machala <sup>ORCID</sup>, Md. Leidy Ordoñez; SOLCA Núcleo Machala <sup>ORCID</sup>, Md. Kevin Zapata; SOLCA Núcleo Machala <sup>ORCID</sup>.

Autor de correspondencia: Dr. Nixon Cevallos; [ncevallos@solca.org.ec](mailto:ncevallos@solca.org.ec); Md. Kevin Zapata; [kevinzap\\_1003@hotmail.com](mailto:kevinzap_1003@hotmail.com)

**Introducción:** El adenocarcinoma (ADK) gástrico es un tipo de cáncer que se origina en las células glandulares de la mucosa gástrica. Es el tipo más común de cáncer de estómago, aproximadamente el 95% de los casos. Según la IARC (International Agency for Research on Cancer) desde el 2017 al 2022, el cáncer de estómago ocupó el quinto puesto en prevalencia, incidencia y mortalidad a nivel mundial y en Sudamérica, y a nivel de Ecuador es el tercer cáncer más común (segundo en varones y cuarto en mujeres), representando el 8,7% de los todos los tipos de cáncer.

Este cáncer se asocia a factores de riesgo como la infección por *H. pylori*, dietas ricas en alimentos salados, ahumados y conservas, consumo de alcohol y tabaco. Tiene un gran impacto en la salud pública debido a su alta incidencia y mortalidad, además del impacto económico y social por los costos de tratamiento. Las principales medidas para reducir la carga de esta enfermedad se basan en los programas de detección temprana, la educación y concientización.

**Objetivo:** Establecer las características clínico-anatómicas, histológicas y sociodemográficas de los casos de adenocarcinoma gástrico diagnosticados en SOLCA Núcleo Machala desde el año 2012 hasta el año 2022.

**Metodología:** Se realizó un estudio descriptivo y retrospectivo. Como población se incluyó a los pacientes con registros médicos existentes de biopsias por endoscopia digestiva alta, revisión de placas o bloques e intervenciones quirúrgicas, de los casos de adenocarcinoma gástrico diagnosticados en SOLCA Núcleo Machala entre el año 2012 a 2022. Las variables utilizadas fueron la localización anatómica, tipo histológico según la clasificación de Lauren (2), sexo, y el número de casos por año.

**Resultados:** En el estudio se incluyeron 425 pacientes con diagnóstico de adenocarcinoma gástrico, el sexo masculino representó el 56% en relación con el sexo femenino, con el 44%; la localización más frecuente fue el antro con 94 casos (22%); el estadio clínico que prevaleció fue el estadio IV con el 40,9%; con respecto al tipo histológico, se encontró el tipo intestinal en 211 pacientes (49,6%) y el difuso en 214 (51,4%); a su vez, el año en que se registraron más casos

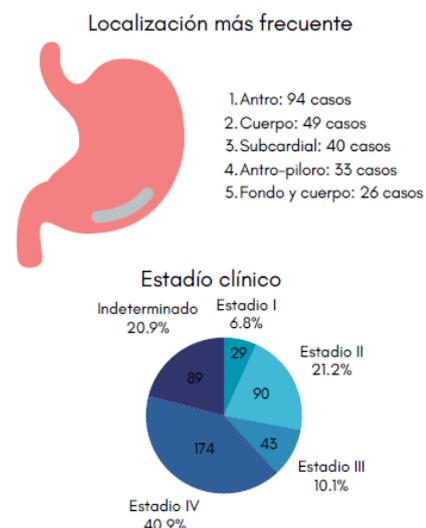
de adenocarcinoma gástrico fue el 2014 con 51 casos (12%) en contraparte el año con menor número de casos fue el 2021 con 28 (6,5%).

**Conclusión:** Se concluye que existe una ligera prevalencia del adenocarcinoma gástrico de tipo difuso sobre el intestinal y que los hombres tienen un mayor riesgo de desarrollar este tipo de cáncer. Además, que la mayoría de los casos se detectan en estadios avanzados y que el antro es una localización clave a considerar en el diagnóstico y tratamiento. Estos datos pueden ser cruciales para orientar futuras investigaciones y estrategias de prevención.

### Bibliografía:

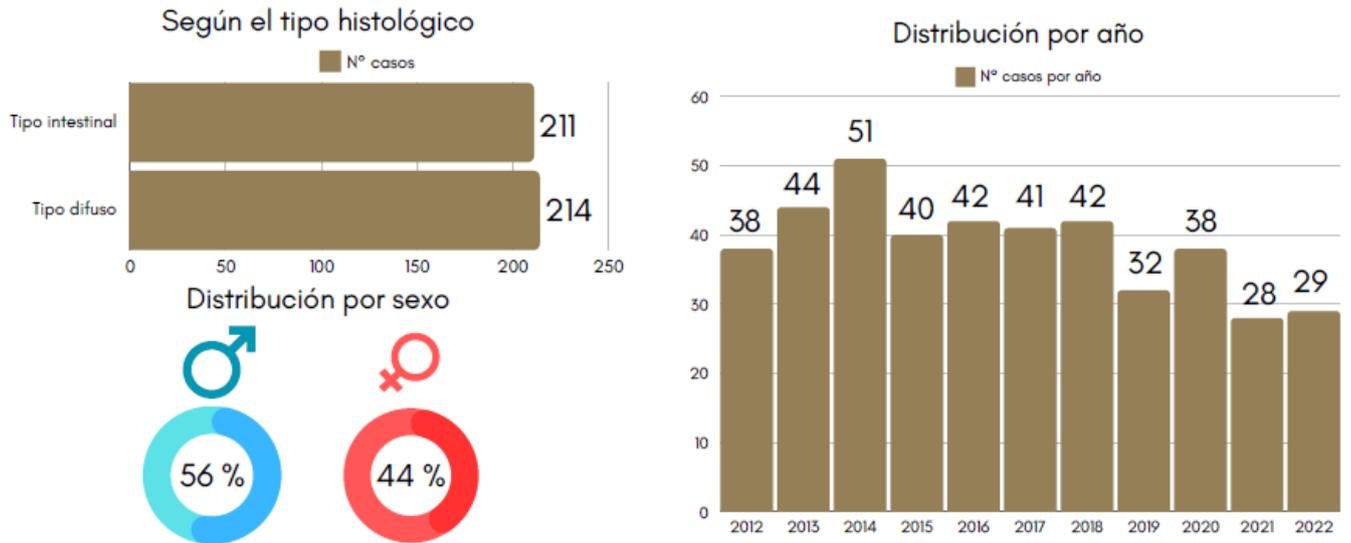
1. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, Bray F. Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin.* 2021 Feb 4. doi:10.3322/caac.21660. Epub ahead of print. PMID: 33538338
2. Lauren P.: The Two Histological main types of gastric carcinoma. Diffuse and so-called Intestinal type carcinoma: an attempt at histoclinical classification. *Acta Patho Microbiol Scand* 1965; 64: 31 – 49.

**Figura 1.** Estadio clínico y distribución por sexo



Fuente: SOLCA Núcleo Machala

**Figura 2.** Tipo histológico, distribución por sexo y por año desde 2012 al 2022



Fuente: SOLCA Núcleo Machala

# MASTECTOMIA BILATERAL EN PACIENTE DE 23 AÑOS MAS RECONSTRUCCION MAMARIA CON LIPOINJERTO: A PROPOSITO DE UN CASO

## BILATERAL MASTECTOMY IN A 23-YEAR-OLD PATIENT PLUS BREAST RECONSTRUCTION WITH LIPOGRAFT: A CASE REPORT

Dr. Abraham Jurado Rodríguez; Postgradista Cirugía General. SOLCA Guayaquil <sup>ORCID</sup>, Dr. Antonio Jurado Bambino; Profesor de la Universidad de Guayaquil y Cirujano Oncólogo Mastólogo de SOLCA - Guayaquil. <sup>ORCID</sup>  
Autor de correspondencia: Abraham Jurado Rodríguez; [abraham\\_jurado@hotmail.com](mailto:abraham_jurado@hotmail.com)

**Introducción:** El cáncer de mama es el tumor maligno más frecuente en las mujeres, aproximadamente hay 1,2 millones de casos diagnosticados cada año en el mundo. Teniendo una tendencia a producir unas 500.000 muertes anuales a nivel mundial, siendo la primera o segunda causa de muerte por cáncer en mujeres dependiendo de los países.

Esta problemática mundial altera radicalmente el aspecto corporal y psicológico de la mujer. Los diferentes procedimientos oncológicos como la mastectomía o radioterapia cambian drásticamente el aspecto físico de la mujer, produciendo la disminución de su autoestima. Las diferentes técnicas de reconstrucción mamaria se consideraría el proceso de restitución de la imagen corporal y del bienestar psicológico de las pacientes. Se sostiene que la reconstrucción mamaria debe considerarse parte esencial del tratamiento y rehabilitación de las pacientes con cáncer de mama.

**Objetivo:** Reconocer cuando está indicada la cirugía onco-reconstructiva en cáncer de mama. Demostrar la eficacia de la cirugía onco-reconstructiva en el tratamiento de cáncer de mama y su influencia en la autoestima de la mujer.

**Metología:** Paciente femenina de 24 años con APF: abuela, tías y hermana con ca de mama. En mayo del 2023 presento tumor en Hora 12-3 AB de 4.5 x 3 cm sin presencia de adenopatías. Ecografía de mama reporta nódulo en hora 12 A de 3.0 x 2.2 cm BI-RADS 4B con adenopatía aumentada de tamaño por lo que se realiza biopsia por trucut, se deja clip en tumor y PAAF axilar izquierdo que reporta carcinoma ductal infiltrante luminal B, PAAF negativo. Paciente pasa a quimioterapia neoadyuvante recibe 4 ciclos de protocolo AC. Se revalora con RMN de mama para definir tratamiento quirúrgico la cual reporta lesión nodular en hora 12 A de 1.5 x 0.8 cm (reducción del 20%). Con infiltración de la piel adyacente. Se solicitó BRCA1Y2 los cuales resultaron negativos, se decide pasar a paciente a comité de mastología donde en conjunto se decide mastectomía ahorradora de piel con reconstrucción con expansor más mastectomía reductora de riesgo con conservación del CAP en la mama contralateral y

reconstrucción con prótesis más lipoinjerto bilateral más linfadenectomía axilar izquierda.

**Resultados:** El diagnóstico definitivo de la mama izquierda fue un carcinoma ductal infiltrante G2, en contacto con la piel y resto de márgenes libres con tamaño tumoral de 2.5 x 1.5 cm, 0/8 ganglios axilares libres. Mama derecha negativo para malignidad.

La paciente recibió radioterapia en zona de mama izquierda y actualmente recibe hormonoterapia (tamoxifeno). En sus exámenes de control la paciente no ha presentado recidiva.

**Discusión:** La cirugía oncoplástica tiene una gran importancia ya que mediante la parte oncológica se combate el cáncer en conjunto con el beneficio estético, funcional y social de la paciente. En la actualidad es de gran consideración la clasificación molecular del cáncer de mama para determinar que pacientes se van a beneficiar de la quimioterapia con los factores predictivos ya conocidos o a su vez de la cirugía por esto tratamos de resolver en un solo tiempo la parte oncológica radical más la estética y funcional (3). La reconstrucción híbrida que consiste en el uso de implantes protésicos más injertos autólogos en este caso se utilizó tejido adiposo del abdomen como sitio donante y se injerto en el subcutáneo de la glándula mamaria izquierda para poder mejorar el colgajo que recubrió el expansor evitando así rechazo del mismo y mejora el tejido además disminuye las complicaciones ocasionadas por la radioterapia.

**Conclusión:** En la actualidad el tratamiento del cáncer de mama conlleva un equipo multidisciplinario lo que nos abre más posibilidades en cuanto a líneas de tratamiento incluida la cirugía oncoplástica ya que esta combate el cáncer pudiendo conservar la estética, aumentando así la autoestima dando una mejor calidad de vida a las pacientes. Recordando que, siempre primara el criterio oncológico sobre el estético.

### Bibliografía:

1. Alarcón Iranzo M, Buch Villa E. Mastectomía ahorradora de piel y complejo areola-pezones con

reconstrucción inmediata. Senol Patol Mamar. 2018;31(3):94-101.

2. Calvache González A, Vidal Herrador B. Cirugía oncológica de la mama y reconstrucción inmediata con prótesis directa. Senol Patol Mamar. 2017;30(2):68-74.

3. Rey Villar R, Pita Fernández S. Calidad de vida, ansiedad antes y después del tratamiento en mujeres con cáncer de mama. Lat Am Enfermagem. 2017;25:e2958.

4. Hechavarría Jiménez Y, Ramírez JR. Oncoplastic surgery for breast cancer. CCM. 2015;19(4).

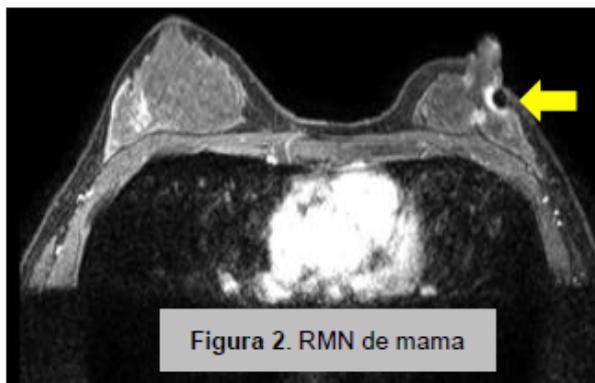
5. Gargantinik AC, Casari LM. Imagen corporal y su influencia en la calidad de vida en mujeres con mastectomía. En: [Nombre del editor, si lo hay], editor. [Título del libro]. Madrid: Ediciones Complutenses; 2019. p. 1-18.

**Figura 1.** Diseño Preoperatorio



Fuente: SOLCA - Guayaquil

**Figura 2.** RMN de mama



Fuente: SOLCA - Guayaquil

**Figura 3.** Control posquirúrgico a los 6 meses



Fuente: SOLCA - Guayaquil