




## Caracterización clínico-quirúrgica del cáncer gástrico en provincia Guantánamo

### Clinical-surgical characterization of gastric cancer in Guantánamo province

### Caracterização clínico-cirúrgica do câncer gástrico na província de Guantánamo

Celia Arianna Roldós Ramírez<sup>1\*</sup> , Antonio Herrera Puente<sup>1</sup> , Reinaldo Elias Sierra<sup>1</sup> 

<sup>1</sup>Hospital General Docente Dr. Agostinho Neto. Guantánamo, Cuba.

\*Autora para la correspondencia: [roldosramirezceliaarianna@gmail.com](mailto:roldosramirezceliaarianna@gmail.com)

Recibido: 22-05-2024 Aprobado: 22-02-2025 Publicado: 13-03-2025

## RESUMEN

**Introducción:** en Cuba, en el 2022, el cáncer gástrico fue la décima causa de muerte por neoplasia. Dicha entidad, que se conozca, no se ha caracterizado en la provincia de Guantánamo. **Objetivo:** describir las características demográficas, clínicas, histopatológicas y quirúrgicas del cáncer gástrico en el servicio de Cirugía General del Hospital General Docente “Dr. Agostinho Neto”, Guantánamo, Cuba, en el periodo 2018 – 2022. **Método:** se realizó un estudio descriptivo, longitudinal, prospectivo, con todos los pacientes egresados (n = 46). Se estudiaron variables relacionadas con: el paciente (edad, sexo, factores de riesgo), con el cáncer (localización, tipo histopatológico; estadio, metástasis, estado al egreso) y con el proceder quirúrgico (tratamiento quirúrgico, complicaciones posoperatorias). **Resultados:** el 73,9 % de los pacientes fueron hombres, el 58,7 % tenía entre 60 y 79 años de edad, el 60,9 % tuvo factores de riesgo. En el 50,0 % el cáncer se localizó en el cuerpo gástrico y fue un

adenocarcinoma intestinal moderadamente diferenciado. El 63,0 % presentó metástasis y el 50,0 % estaba en estadio IV. Al 76,1 % se le aplicó tratamiento quirúrgico paliativo y la técnica quirúrgica más aplicada fue la yeyunostomía alimentaria (52,2 %). El tromboembolismo pulmonar fue la complicación más común. **Conclusiones:** el cáncer gástrico fue más frecuente en hombres, adultos mayores y fumadores. La mayor incidencia es ocasionada por síndrome doloroso abdominal, localizado en el cuerpo estomacal, siendo el más común el tipo histológico adenocarcinoma intestinal moderadamente diferenciado, en estadio IV. La técnica quirúrgica más aplicada fue la yeyunostomía alimentaria y el tromboembolismo pulmonar fue la complicación más común.

**Palabras clave:** cáncer gástrico; neoplasia de estómago; cirugía gástrica; gastropatías



**ABSTRACT**

**Introduction:** in Cuba, in 2022, gastric cancer was the tenth cause of death from neoplasia. This entity, to our knowledge, has not been characterized in the province of Guantánamo. **Objective:** to describe the demographic, clinical, histopathological and surgical characteristics of gastric cancer in the General Surgery Service of the Hospital General Docente “Dr. Agostinho Neto”, Guantánamo, Cuba, during the period 2018–2022. **Method:** a descriptive, longitudinal, prospective study was conducted with all discharged patients (n = 46). Variables related to the patient (age, sex, risk factors), the cancer (location, histopathological type; stage, metastasis, status at discharge), and the surgical procedure (surgical treatment, postoperative complications) were studied. **Results:** 73.9% of patients were men, 58.7% were aged 60–79 years, and 60.9% had risk factors. Cancer was located in the gastric corpus and was a moderately differentiated intestinal adenocarcinoma in 50.0% of cases. Metastasis occurred in 63.0% of cases, and 50.0% were in stage IV. Palliative surgical treatment was applied in 76.1% of cases, and the most frequently used surgical technique was alimentary jejunostomy (52.2%). Pulmonary thromboembolism was the most common complication. **Conclusions:** gastric cancer was more common in men, older adults, and smokers. The highest incidence is caused by abdominal pain syndrome located in the corpus of the stomach, with the most common histological type being stage IV moderately differentiated intestinal adenocarcinoma. The most commonly used surgical technique was alimentary jejunostomy, and pulmonary thromboembolism was the most common complication.

**Keywords:** gastric cancer; stomach neoplasia; gastric surgery; gastropathies

**RESUMO**

**Introdução:** em Cuba, em 2022, o câncer gástrico foi a décima causa de morte por neoplasia. Esta entidade, tanto quanto se sabe, não foi caracterizada na província de Guantánamo. **Objetivo:** descrever as características demográficas, clínicas, histopatológicas e cirúrgicas do câncer gástrico no serviço de Cirurgia Geral do Hospital General Docente “Dr. Agostinho Neto”, Guantánamo, Cuba, no período 2018 – 2022. **Método:** foi realizado estudo descritivo, longitudinal e prospectivo com todos os pacientes que receberam alta (n = 46). Foram estudadas variáveis relacionadas: ao paciente (idade, sexo, fatores de risco), ao câncer (localização, tipo histopatológico; estadiamento, metástase, estado na alta) e ao procedimento cirúrgico (tratamento cirúrgico, complicações pós-operatórias). **Resultados:** 73,9% dos pacientes eram homens, 58,7% tinham entre 60 e 79 anos, 60,9% apresentavam fatores de risco. Em 50,0% o câncer estava localizado no corpo gástrico e era um adenocarcinoma intestinal moderadamente diferenciado. 63,0% apresentavam metástase e 50,0% estavam em estágio IV. O tratamento cirúrgico paliativo foi aplicado em 76,1% e a técnica cirúrgica mais aplicada foi a jejunostomia alimentar (52,2%). O tromboembolismo pulmonar foi a complicação mais comum. **Conclusões:** o câncer gástrico foi mais frequente em homens, idosos e fumantes. A maior incidência é causada pela síndrome dolorosa abdominal, localizada no corpo do estômago, sendo o mais comum o tipo histológico, adenocarcinoma intestinal moderadamente diferenciado, em estágio IV. A técnica cirúrgica mais aplicada foi a jejunostomia alimentar e o tromboembolismo pulmonar foi a complicação mais comum.

**Palavras-chave:** câncer gástrico; neoplasia estomacal; cirurgia gástrica; gastropatias

**Cómo citar este artículo:**

Roldós Ramírez CA, Herrera Puente A, Elias Sierra R. Caracterización clínico-quirúrgica del cáncer gástrico en provincia Guantánamo. Rev Inf Cient [Internet]. 2025 [citado Fecha de acceso]; 104:e4925. Disponible en: <http://www.revinfcientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/4925>



## INTRODUCCIÓN

El cáncer gástrico deriva de un crecimiento descontrolado de las células epiteliales con potencial de malignidad, localizadas a nivel de las paredes del estómago, por debajo de la unión cardioesofágica.<sup>(1)</sup> En el mundo es el sexto cáncer más común y la segunda causa de muerte por neoplasia; se estima que para el 2030 la cifra de nuevos casos se incrementará en un 70 %.<sup>(1)</sup>

En Cuba, en el 2022 el cáncer gástrico fue la décima causa de muerte por neoplasia, con una tasa de 7,4 por 100 000 habitantes.<sup>(2)</sup>

La pertinencia social del estudio del cáncer gástrico se revela por las numerosas publicaciones sobre el tema.<sup>(3,4,5)</sup> Sin embargo, no se encuentra que en el contexto guantanamero se haya socializado algún estudio sobre el perfil clínico-quirúrgico de este tipo de cáncer, lo que hace necesario esclarecer las peculiaridades demográficas, clínicas, histopatológicas y terapéuticas del cáncer gástrico en el contexto territorial.

Por lo expresado con anterioridad el objetivo de este artículo está en determinar las características demográficas, clínicas, histopatológicas y quirúrgicas del cáncer gástrico en el servicio de Cirugía General del Hospital General Docente “Dr. Agostinho Neto” durante el 2018 – 2022.

El aporte de la investigación está en que se ofrece un referente teórico que caracteriza aspectos demográficos, clínicos, histopatológicos y quirúrgicos del cáncer gástrico desde la perspectiva del cirujano general, en el citado servicio de Cirugía General durante el quinquenio 2018 - 2022, información que enriquece la cultura médica territorial.

## MÉTODO

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo y longitudinal. El universo se conformó por todos los pacientes egresados del mencionado servicio de Cirugía General (n = 46) con diagnóstico histopatológico de cáncer gástrico. En la Figura 1 se ilustra el diagrama de participantes.



Fig. 1. Diagrama de participantes.



Se estudiaron las variables edad, sexo, antecedentes de factores de riesgo de cáncer gástrico, forma de presentación, localización, tipo histopatológico, estadio, presencia de metástasis, tipo de tratamiento quirúrgico, técnica quirúrgica ejecutada y complicaciones posoperatorias.

Se emplearon los métodos de análisis-síntesis, inducción-deducción, estudio documental y matemático – estadístico (análisis de frecuencia se utilizó para las variables cualitativas (nominales u ordinales) la frecuencias absoluta y acumulada (n), y el cálculo porcentual (%).

La búsqueda bibliográfica para el estudio se realizó en las bases de datos LILACS, MEDLINE, BIREME-OPS, TRIPDATABASE y COCHRANE. Los delimitadores de la búsqueda fueron: estómago, cáncer gástrico y los correspondientes términos en idioma inglés y portugués. La información se procesó con el programa SPSS (Statistical Package for the Social Science) versión 21,0. Los resultados se presentaron en tablas.

El estudio fue aprobado por el comité de ética de la institución participante. Se respetaron los principios éticos de la Declaración de Helsinki. No se solicitó consentimiento informado a los pacientes porque no se interactuó con ellos, pues la fuente de información fue la historia clínica.

## RESULTADOS

La Tabla 1 refleja que el 58,7 % de los pacientes tenía entre 60 y 79 años de edad y 73,9 % fueron hombres. El 60,9 % presentó algún factor de riesgo de cáncer gástrico y el más común fue el tabaquismo (43,5 %).

**Tabla 1.** Caracterización de los pacientes con cáncer gástrico según edad, sexo y antecedente de factores de riesgo

	Característica	No.	%
Edad	40 - 59 años	16	34,8
	60 - 79 años	27	58,7
	80 - 89 años	3	6,5
Sexo	Masculino	34	73,9
	Femenino	12	26,1
Factores de riesgo de cáncer gástrico* (Identificados en 28 pacientes; 60,9 %)	Tabaquismo	20	43,5
	Úlcera péptica gástrica	17	37,0
	Café	8	17,4
	Otros	4	8,7

(\*): Un paciente pudo tener más de un factor de riesgo.

Fue más frecuente que el cáncer se presentara a través de un síndrome doloroso abdominal (41,3 %), se localizara en cuerpo gástrico (50,0 %). El tipo histológico más común fue el adenocarcinoma intestinal moderadamente diferenciado (50,0 %). Además, el 63,0 % de los pacientes presentaba metástasis, sobre todo en hígado (21,7 %). El 50,0 % se diagnosticó en el estadio IV (50,0 %) y recibió tratamiento paliativo (76.1 %) (Tabla 2).



**Tabla 2.** Caracterización del cáncer gástrico de acuerdo a la forma de presentación

Cáncer gástrico	Sindromografía	No.	%
Sindromografía	Síndrome doloroso abdominal	19	41,3
	Síndrome tumoral	12	26,1
	Síndrome pilórico	12	26,1
	Síndrome peritoneal perforativo	2	4,3
	Síndrome de sangrado digestivo alto	1	2,2
Localización anatómica	Cuerpo gástrico	23	50,0
	Antro - píloro gástrico	6	13,0
	Fondo gástrico	4	8,7
	Antro gástrico	4	8,7
	Píloro gástrico	4	8,7
	Cuerpo - antro - píloro - gástrico	2	4,3
	Cardias gástrico	1	2,2
	Fondo - cardias - cuerpo gástrico	1	2,2
	Cuerpo - antro gástrico	1	2,2
Tipos histológicos	Adenocarcinoma intestinal moderada diferenciación	23	50,0
	Adenocarcinoma intestinal pobremente diferenciado	13	28,3
	Otros tipos de cáncer*	5	10,9
	Adenocarcinoma intestinal bien diferenciado	2	4,3
	<i>Early cancer</i>	2	4,3
	Adenocarcinoma difuso indiferenciado	1	2,2
Metástasis (con metástasis n = 29; 63,0 %) Localización	Hígado	10	21,7
	Peritoneo	7	15,2
	Ganglios	6	13,0
	Colon	6	13,0
	Intestino delgado	4	8,7
	Páncreas	4	8,7
	Grandes vasos	3	6,5
Estadio tumoral	Estadio IA	2	4,3
	Estadio IB	3	6,5
	Estadio IIA	4	8,7
	Estadio IIB	2	4,3
	Estadio IIIA	3	6,5
	Estadio IIIB	1	2,2
	Estadio IIIC	8	17,4
	Estadio IV	23	50,0
Tipo de tratamiento	Curativo	11	23,9
	Paliativo	35	76,1

\*Otros tipos de cáncer: linfoma de Hogking, adenocarcinoma tipo linitis plástica, leiomiocarcinoma de bajo grado.

La Tabla 3 ilustra que la técnica quirúrgica más aplicada fue la yeyunostomía alimentaria (52,2 %), que se realizó sobre todo en cáncer en el cuerpo gástrico (30,4 %).



**Tabla 3.** Caracterización de los pacientes de acuerdo con la técnica quirúrgica realizada para el cáncer gástrico

Técnica quirúrgica realizada	Total		Localización del tumor	Total	
	No.	%		No.	%
Yeyunostomía para nutrición enteral	24	52,2	Cuerpo	14	30,4
			Fondo	4	8,7
			Cuerpo-antro-píloro	2	4,3
			Cardias	1	2,2
			Fondo-cardias-cuerpo	1	2,2
			Cuerpo-antro	1	2,2
			Antro-píloro	1	2,2
Gastrectomía subtotal, omentectomía, linfadenectomía D1, GY-Polya Billroth II	10	21,7	Cuerpo	7	15,2
			Píloro	2	4,3
			Antro	1	2,2
Procedimiento derivativo GY antecólica en asa larga con yeyuno-yeyunostomía	6	13,0	Antro	2	4,3
			Píloro	1	2,2
			Antro-píloro	3	6,5
Hemigastrectomía omentectomía, linfadenectomía D1, GY-Polya Billroth II	3	6,5	Antro	1	2,2
			Píloro	1	2,2
			Antro-píloro	1	2,2
Laparotomía exploradora, toma de biopsia, sutura y epiploplastia	2	4,3	Cuerpo	2	4,3
Laparotomía exploradora, gastrotomía, ligadura por trasfixión úlcera sangrante, biopsia, gastrorrafia, toilette y drenaje	1	2,2	Antro-píloro	1	2,2

**Leyenda:** GY: gastroyeyunostomía.

**Fuente:** historias clínicas.

En el 100 % de cáncer localizado en fondo, cardias, fondo-cardias-cuerpo, cuerpo-antro y en cuerpo-antro-píloro gástrico, y en el 60,9 % de los tumores en el cuerpo gástrico, la técnica quirúrgica más aplicada fue la yeyunostomía alimentaria (Tabla 4).

En cáncer del antro gástrico se realizó más el procedimiento derivativo gastroyeyunostomía antecólica en asa larga con yeyuno-yeyunostomía (50,0 %).

La gastrectomía subtotal, omentectomía, linfadenectomía D1, gastroyeyunostomía tipo Polya y Billroth II se realizó más en tumores a nivel del píloro gástrico (50,0 %).



**Tabla 4.** Caracterización de los pacientes de acuerdo con la localización del tumor y la técnica quirúrgica empleada

Localización del tumor	Total*		Técnica quirúrgica realizada	Total**	
	No.	%		No.	%
Fondo gástrico	4	8,7	Yeyunostomía para nutrición enteral	4	100,0
Cardias gástrico	1	2,2	Yeyunostomía para nutrición enteral	1	100,0
Cuerpo gástrico	23	50,0	Yeyunostomía para nutrición enteral	14	60,9
			Gastrectomía subtotal, omentectomía, linfadenectomía D1, GY-Polya Billroth II	7	30,4
			Laparotomía exploradora- toma de biopsia, sutura y epiploplastia	2	8,7
Antro gástrico	4	8,7	Procedimiento derivativo GY antecólica en asa larga con yeyuno-yeyunostomía-	2	50,0
			Gastrectomía subtotal, omentectomía, linfadenectomía D1, GY-Polya Billroth II	1	25,0
			Hemigastrectomía omentectomía, linfadenectomía D1, GY-Polya Billroth II	1	25,0
Píloro gástrico	4	8,7	Gastrectomía subtotal, omentectomía, linfadenectomía D1, GY-Polya Billroth II	2	50,0
			Hemigastrectomía omentectomía, linfadenectomía D1, GY-Polya Billroth II	1	25,0
			Procedimiento derivativo GY antecólica en asa larga con yeyuno-yeyunostomía	1	25,0
Fondo-cardias-cuerpo	1	2,2	Yeyunostomía para nutrición enteral	1	100,0
Cuerpo-antro gástrico	1	2,2	Yeyunostomía para nutrición enteral	1	100,0
Cuerpo-antro-píloro	2	4,3	Yeyunostomía para nutrición enteral	2	100,0
Antro - píloro gástrico	6	13,0	Procedimiento derivativo GY antecólica en asa larga con yeyuno-yeyunostomía-	3	50,0
			Hemigastrectomía omentectomía, linfadenectomía D1, GY-Polya Billroth II	1	16,7
			Yeyunostomía alimentaria	1	16,7
			Laparotomía exploradora-gastrotomía, ligadura por trasfixión úlcera sangrante, biopsia, gastrorrafia, toilette y drenaje	1	16,7

**Leyenda:** GY: gastroyeyunostomía, (\*): % calculado respecto a n = 46; (\*\*): % calculado respecto a n de cada localización del tumor.

Es interesante comentar que en el 10,9 % de los pacientes estudiados fue necesaria una reintervención quirúrgica: en tres por evisceración, uno por dehiscencia de sutura de la gastroyeyunoanastomosis y otro por dehiscencia de la sutura y epiploplastia de la úlcera.

En Tabla 5 se observa que en el 28,3 % de los pacientes se diagnosticó alguna complicación posoperatoria. El 21,7 % presentó complicaciones quirúrgicas y el 26,1 % presentó complicaciones no quirúrgicas. Las complicaciones quirúrgicas más frecuentes fueron la sepsis de la herida y la evisceración. La complicación no quirúrgica más habitual fue el tromboembolismo pulmonar.



**Tabla 5.** Caracterización de los pacientes de acuerdo con la frecuencia de complicaciones posoperatorias del cáncer gástrico

Complicaciones posoperatorias*†		No.	%
Complicaciones quirúrgicas (n=10; 21,7 %) ‡	Sepsis de la herida	3	23,8
	Evisceración	3	23,8
	Seroma de la herida	2	15,5
	Dehiscencia de la sutura y epiploplastia de la úlcera	1	7,7
	Dehiscencia de gastroyeyunoanastomosis	1	7,7
Complicaciones no quirúrgicas (n=12; 26,1 %) ‡	Tromboembolismo pulmonar	5	38,5
	Neumonía asociada a cuidados sanitarios	3	23,8
	Síndrome de distrés respiratorio del adulto	2	15,5
	Insuficiencia renal aguda prerrenal	2	15,5

**Leyenda:** (\*): un paciente pudo presentar más de un tipo de complicación; (†): % se calcularon respecto al total de pacientes que presentaron complicaciones (n = 13), (‡):% se calcularon respecto al total de pacientes estudiados (n = 46).

Se considera loable comentar que el 91,3 % de los pacientes se egresaron vivos y la letalidad del cáncer gástrico tratado en el servicio de Cirugía General fue de 8,7 %. El tromboembolismo pulmonar fue la principal causa de muerte (6,5 %).

## DISCUSIÓN

Los resultados de este estudio revelan que la frecuencia del cáncer gástrico según la edad y el sexo de las personas son armónicos con los de Díaz del Arco, *et al.*<sup>(6)</sup>, Morales de la Torres, *et al.*<sup>(7)</sup>, Valenzuela, *et al.*<sup>(8)</sup> y Castaño Llano, *et al.*<sup>(9)</sup>, quienes señalaron que este tipo de cáncer incide más entre los 60 y 79 años de edad y en el sexo masculino. Otros autores como Martínez Carrillo, *et al.*<sup>(10)</sup> y Chan, *et al.*<sup>(11)</sup>, encontraron mayor frecuencia en la quinta y sexta décadas de la vida.

Estudios realizados en Cuba<sup>(12,13)</sup> identifican un predominio y mayor mortalidad del cáncer gástrico en el sexo masculino y que esta última se incrementó a partir de la sexta década de la vida. En síntesis, en los estudios consultados se expresa que el cáncer gástrico predomina en varones y la frecuencia aumenta con la edad<sup>(10,11,12)</sup>, muy probable por la acumulación de factores de riesgo para este tipo de cáncer.

En las personas estudiadas el hábito de fumar fue el factor de riesgo de cáncer gástrico más identificado, relación advertida por diferentes investigadores que opinan que el humo del cigarro contiene nitrosaminas cancerígenas y que este aumenta el riesgo, sobre todo el cáncer en la sección superior del estómago, cercana al esófago.<sup>(10,14)</sup>

En la literatura médica se encuentran otros factores de riesgo como la edad avanzada, sexo masculino, alimentación insana (pobre en frutas y verduras, alto contenido de sal, alimentos ahumados o conservados), gastritis crónica atrófica, metaplasia intestinal, pólipos adenomatosos gástricos, cirugía estomacal previa, anemia perniciosa, sangre tipo A, antecedente familiar de primer grado de cáncer de estómago, obesidad, origen étnico (hispanos, asiáticos/isleños del Pacífico y raza negra), geografía





(más frecuente en Japón, China, Europa oriental y del sur, América central y del sur), ocupaciones (trabajadores con carbón, metal y goma), infección gástrica (*Helicobacter pylori*, mycoplasma, virus de Epstein-Barr, citomegalovirus), entre otros.<sup>(10,11,14,15)</sup>

La presentación clínica del cáncer gástrico es variable. El dolor abdominal fue el síntoma más común, lo que coincide con el informe de Martínez Carrillo, *et al.*<sup>(10)</sup>, Ruiz de Las Labranderas, *et al.*<sup>(16)</sup> y Buján, *et al.*<sup>(17)</sup>, que señalan que suele presentarse como una enfermedad asintomática o mediante epigastralgia y dispepsia. Fue más común el cáncer en el cuerpo gástrico, se resalta predominio en la curvatura menor, información similar ofrecieron Raw y Barsouk<sup>(14)</sup> y Rojas Montoya, *et al.*<sup>(18)</sup> Sin embargo, Li y Gao<sup>(19)</sup> y Chiu, *et al.*<sup>(20)</sup>, indican mayor frecuencia en antro o en el tercio distal del estómago.

El adenocarcinoma intestinal moderadamente diferenciado fue el cáncer gástrico más diagnosticado, resultado análogo al referido por Umpiérrez García, *et al.*<sup>(3)</sup>, Cárdenas Martínez, *et al.*<sup>(4)</sup>, Morales de la Torre, *et al.*<sup>(7)</sup> y Canseco Ávila, *et al.*<sup>(15)</sup>, que afirman que el adenocarcinoma determina entre el 90 % y el 95 % de estos cánceres. Por otra parte, Mercado Castro, *et al.*<sup>(5)</sup> y Martínez Carrillo, *et al.*<sup>(10)</sup> apuntan que el cáncer de estómago de tipo intestinal es más frecuente en personas mayores de 50 años y en hombres. Estos comentarios sustentan los resultados observados.

El mayor porcentaje de las personas afectadas se diagnosticó en estadio IV y se les aplicó tratamiento paliativo, resultado análogo con los de Mercado Castro y Rojas Vásquez<sup>(5)</sup> y Castaño Llano, *et al.*<sup>(9)</sup> Se plantea que el cáncer gástrico se presenta en estadio temprano en un 10 % al 20 % de los afectados, cerca del 30 % de estos son candidatos a tratamiento curativo, hasta un 40 % son inoperables y solo el 32 % son resecables.<sup>(7,9)</sup>

Las técnicas quirúrgicas utilizadas para el cáncer gástrico en los pacientes estudiados son coherentes con las opiniones de otros autores.<sup>(21,22)</sup> La idea fundamental ha sido que la cirugía es el único tratamiento con potencial curativo, sobre todo en su estadio temprano, porque ha permitido la resección de la lesión tumoral y la linfadenectomía requerida. Sin embargo, se pondera la resección endoscópica llamada mucosectomía y la disección submucosa, que permiten el tratamiento curativo y preservación del órgano, en caso de cáncer gástrico en etapa temprana sin metástasis ganglionar.<sup>(21,22)</sup>

En relación con las complicaciones posoperatorias los resultados se consideran casuales. Se coincide con autores<sup>(14,15)</sup> que señalan la elevada frecuencia de la sepsis asociada a los cuidados sanitarios.

En este estudio se reconocieron las siguientes limitaciones: no fue posible identificar infecciones como factor de riesgo de cáncer gástrico por las carencias tecnológicas; su carácter retrospectivo impidió el análisis del tamaño y la morfología del tumor, así como la valoración de hábitos dietéticos y estilos de vida; su diseño no permitió el análisis de la supervivencia del paciente. Finalmente, no se encontraron estudios que en el contexto guantanamero abordaran el tema, lo que impidió comparar los resultados con estudios territoriales, aunque de esta manera se revela la novedad de la investigación en tanto se ofrece un referente teórico que posibilitara esta intención y que enriquece la teórica sobre el tema.



## CONCLUSIONES

El cáncer gástrico fue más frecuente en hombres, adultos mayores y fumadores. Se manifestó mayormente por un síndrome doloroso abdominal, localizado en el cuerpo gástrico. El tipo histológico más común fue adenocarcinoma intestinal moderadamente diferenciado. La mayor parte se estatificaron en el estadio IV, la técnica quirúrgica más aplicada fue la yeyunostomía alimentaria y el tromboembolismo pulmonar fue la complicación más común.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Instituto Nacional del Cáncer. Estadísticas del cáncer. www.cancer.gov: NIH [Internet]; 2023 [citado 17 Abr 2024]. Disponible en: <http://www.cancer.gov/espanol/cancer/que-es/estadisticas>
2. Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Estadísticas. Anuario estadístico de salud. La Habana: MINSAP [Internet]; 2022 [citado 17 Abr 2024]. Disponible en: <http://bvscuba.sld.cu/anuario-estadistico-de-cuba/2022.pdf>
3. Umpiérrez García I, Martín Umpiérrez JC, Rodríguez Alonso L, Cambet Umpiérrez Y, García Rodríguez BC, Avalos García R. Comportamiento clínico, endoscópico e histológico del cáncer gástrico diagnosticado en el Hospital Dr. Mario Muñoz Monroy. Rev Méd Electrón [Internet]. 2020 [citado 17 Abr 2024]; 42(6):1-11. Disponible en: <https://revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/3840>
4. Cárdenas Martínez CE, Cárdenas Dávalos JC, Játiva Sánchez JJ. Cáncer Gástrico: una revisión bibliográfica. Rev Arg Med. [Internet] 2021 [citado 17 Abr 2024]; 7(1):338-354. DOI: <https://doi.org/10.23857/dc.v7i1.1646>
5. Mercado Castro DM, Rojas Vásquez ID. Evaluación del nivel de la calidad de vida según el tipo de tratamiento en pacientes con cáncer gástrico en el IREN – Centro 2020 [Tesis de grado]. Perú: Universidad Nacional del Centro. Facultad de Medicina humana; 2021 [citado 17 Abr 2024]. Disponible en: <https://repositorio.uncp.edu.pe/handle/20.500.12894/6864?show=full>
6. Díaz del Arco C, Estrada Muñoz L, Ortega Medina L, Fernández Aceñero MJ. Actualización en cáncer gástrico. Nuevas clasificaciones moleculares. Rev Esp Patol [Internet]. 2020 [citado 17 Abr 2024]; 54(2):102-113. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.patol.2020.06.002>
7. Morales de la Torre R, Brismat Remedios I, Gutiérrez Rojas AR. Morbimortalidad por cáncer gástrico en un servicio de cirugía general. Rev Cubana Cir [Internet]. 2020 [citado 17 Abr 2024]; 59(4):e1032. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/cir/v59n4/1561-2945-cir-59-04-e1032.pdf>
8. Valenzuela FKE, Criollo RAN. Factores relacionados a cáncer gástrico en un hospital público de Huánuco. Rev Peruana Inv Salud [Internet]. 2018 [citado 17 Abr 2024]; 2(1):42-9. DOI: <https://doi.org/10.35839/repis.2.1.212>
9. Castaño Llano R, Piñeres A, Jaramillo R, Molina S, Aristizábal F, Puerta JE. Cáncer gástrico de intervalo: un llamado a la atención y a la acción. Rev Gastroent Mex [Internet] 2023 [citado 17 Abr 2024]; 88(2):91-99. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.rgm.2021.05.006>
10. Martínez Carrillo DN, Arzeta Camero V, Jiménez Wences H, Román Román A,



- Fernández Tilapa G. Cáncer de estómago: factores de riesgo, diagnóstico y tratamiento. AyT BUAP [Internet]. 2021 [citado 17 Abr 2024]; 6(23):52-71. DOI: <https://hdl.handle.net/20.500.12371/14362>
11. Chan AOO, Wong BCY, Lam SK. Gastric cancer: past, present and future. Can J Gastroenterol [Internet]. 2001 [citado 17 Abr 2024]. DOI: <https://doi.org/10.1155/2001/850308>
  12. Gámez Sánchez D, Dueñas Moreira O, Álvarez Toste M. Actualización sobre los factores asociados a la mortalidad del cáncer gástrico. Rev Habanera Cienc Med [Internet]. 2020 [citado 17 Abr 2024]; 20(5):e3496 Disponible en: <https://revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/3496/2952>
  13. Gámez Sánchez D, Dueñas Moreira O, Alfonso Sagué K, Pérez Jiménez D, González Cruz R, Corona Miranda B. Estratificación de riesgo del cáncer gástrico, Cuba 2000-2015. QhaliKay. Rev de Cienc Salud [Internet]. 2020 [citado 17 Abr 2024]; 4(1):1-8. Disponible en: <https://revistas.utm.edu.ec/index.php/qhali/kay/issue/view/198>
  14. Raw P, Barsouk A. Epidemiology of gastric cancer: global trends, risk factors and prevention Prz Gastroenterol. [Internet] 2019 [citado 17 Abr 2024]; 14(1):26-38. DOI: <https://doi.org/10.5114/pg.2018.80001>
  15. Canseco Ávila LM, Zamudio Castellanos FY, Sánchez González RA, Trujillo Vizueta MG, Domínguez Arrevillaga S, López López CA. Epidemiología de cáncer gástrico en el tercer nivel de atención en salud en Chiapas. Rev Gastroenterol Méx [Internet]. 2019 [citado 17 Abr 2024]; 84(3):310-16. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.rgm.2019.06.006>
  16. Ruiz de las Labranderas Delgado D, Cruz Abreu AE, González Rodríguez LD, Jiménez Viltres YR. Comportamiento del cáncer gástrico en el hospital Manuel Ascunce durante 5 años. Rev Progaleño [Internet]. 2019 [citado 17 Abr 2024]; 2(1):6-16. Disponible en: <http://www.revprogaleño.sld.cu/index.php/progaleño/article/view/96>
  17. Buján S, Bolaños Umaña S, Mora Membreño K, Bolaños Martínez I. Carcinoma gástrico: revisión bibliográfica. Rev Med Leg Costa Rica [Internet]. 2020 [citado 17 Abr 2024]; 37(1):62-73. Disponible en: <https://www.scielo.sa.cr/pdf/mlcr/v37n1/2215-5287-mlcr-37-01-62.pdf>
  18. Rojas Montoya V, Montagné N. Generalidades del cáncer gástrico. Rev Clínic Esc Med UCR-HSJD [Internet]. 2019 [citado 17 Abr 2024]; 9(2):22-9. Disponible en: <https://goo.su/iKqIB>
  19. Li Z, Gao X. Looking back 2018-focused on gastric cancer. Chinese J Gastrointestinal Sur [Internet]. 2019 [citado 17 Abr 2024]; 22(1):1-8. Disponible en: <https://europepmc.org/article/med/30703786>
  20. Chiu PWY, Uedo N, Singh R, Gotoda T, Wai Ng EK, Yao K, *et al.* An Asian consensus on standards of diagnostic upper endoscopy for neoplasia. Gut. [Internet] 2019 [citado 17 Abr 2024]; 68(2019):186-197. DOI: <https://doi.org/10.1136/gutjnl-2018-317111>
  21. Giménez-Rico HD, Diéguez Aguirre L, Ríos Pérez L, Cardinal-Fernández P, Caruso R, Ferri V, *et al.* Comparative study between total and subtotal gastrectomy for distal gastric cancer: Meta-analysis of prospective and retrospective studies. Cir Esp [Internet]. 2020 [citado 17 Abr 2024]; 98(10):582-90. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ciresp.2020.05.028>
  22. Yin H, Zaydfudim V. Quality of Life After curative resection for gastric cancer. Cir Esp [Internet]. 2020 [citado 17 Abr 2024]; 251:168-79. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.iss.2020.02.005>



**Conflicto de intereses:**

Los autores declaran que no hay conflicto de intereses.

**Contribución de los autores:**

*Celia Arianna Roldós Ramírez:* conceptualización, curación de datos, análisis formal, investigación, metodología, supervisión, validación, visualización, redacción – borrador original, redacción – revisión y edición.

*Antonio Herrera Puente:* conceptualización, curación de datos, análisis formal, investigación, supervisión, validación, visualización, redacción – borrador original, redacción – revisión y edición.

*Reinaldo Elías Sierra:* conceptualización, curación de datos, análisis formal, investigación, supervisión, validación, visualización, redacción – borrador original, redacción – revisión y edición.

**Financiación:**

Los autores no recibieron financiación para el desarrollo de la presente investigación.

