

## Artículo Original

# Perfil sociodemográfico y clínico de los Pacientes con Cáncer Gástrico atendidos en el Hospital Liga contra el Cáncer, San Pedro Sula, Honduras (2014–2017)

## “Sociodemographic and Clinical Profile of Gastric Cancer Patients Treated at the Cancer League Hospital, San Pedro Sula (2014–2017)”

Dayan M. Martínez<sup>1</sup>  Suyapa Bejarano<sup>2</sup>  Julio César Zúniga-Moya<sup>3</sup> 

### Resumen

**Introducción:** En Honduras, el cáncer gástrico es la segunda causa de muerte oncológica, con diagnóstico tardío y alta mortalidad. **Objetivo:** Determinar el perfil sociodemográfico y clínico de los pacientes con cáncer gástrico del Hospital Liga contra el Cáncer, San Pedro Sula. **Materiales y Métodos:** Este estudio es de tipo observacional, descriptivo y retrospectivo analizó 105 expedientes clínicos de pacientes diagnosticados con cáncer gástrico tratados en el Hospital Liga Contra el Cáncer de San Pedro Sula, Honduras, durante 2014 a 2017. Se recolectaron datos sociodemográficos, clínicos y relacionados con el tratamiento a través de un formato estandarizado. Los datos se organizaron en una base de datos anonimizada y fueron analizados utilizando SPSS versión 25, empleando frecuencias, porcentajes y pruebas estadísticas para evaluar las relaciones entre variables. La investigación fue aprobada por el Comité de Ética, asegurando el cumplimiento de las normativas éticas y de confidencialidad. **Resultados:** Se analizaron 105 expedientes clínicos, de los cuales el 52.1% (n = 57) corresponden a hombres y el 45.7% (n = 48) a mujeres. La edad media de los pacientes fue de 63 años, con una desviación estándar de 13.4. El 69.5% provenía de la región noroccidental del país. La mayoría de los casos (34.3%, n = 36) fueron diagnosticados en estadio III. El tipo histológico más común fue el adenocarcinoma intestinal (70.5%, n = 74). El hallazgo endoscópico predominante fue el tipo Borrmann III (41.9%, n = 44). El tratamiento más indicado fue el médico-quirúrgico (34.3%, n = 36), aunque el 66% (n = 43) de los pacientes no continuaron el seguimiento más allá de seis meses. **Conclusión:** Se evidenció que el cáncer gástrico afecta principalmente a hombres mayores de 60 años con factores de riesgo prevenibles, lo que resalta la necesidad urgente de detección temprana y estrategias de prevención.

**Palabras claves:** Cáncer gástrico, epidemiología, factores de riesgo, adenocarcinoma gástrico. (Fuente: DeCS/MeSH).

### Abstract

**Introduction:** In Honduras, gastric cancer is the second leading cause of cancer-related death, with late diagnosis and high mortality. **Objective:** To determine the sociodemographic and clinical profile of gastric cancer patients at the Hospital Liga Contra el Cáncer, San Pedro Sula. **Materials and Methods:** This observational, descriptive, and retrospective study analyzed 105 clinical records of gastric cancer patients treated at the Hospital Liga Contra el Cáncer in San Pedro Sula, Honduras, from 2014 to 2017. Sociodemographic, clinical, and treatment-related data were collected using a standardized format. The data were organized into an anonymized database and analyzed using SPSS version 25, employing frequencies, percentages, and statistical tests to evaluate relationships between variables. The study was approved by the Ethics Committee, ensuring compliance with ethical standards and confidentiality regulations. **Results:** A total of 105 clinical records were analyzed, of which 52.1% (n = 57) corresponded to male patients and 45.7% (n = 48) to female patients (Table 2). The mean age was 63 years, with a standard deviation of 13.4. A significant proportion (69.5%) were from the northwestern region of the country. Most cases (34.3%, n = 36) were diagnosed at stage III. The most common histological type was intestinal adenocarcinoma (70.5%, n = 74). The predominant endoscopic finding was Borrmann type III (41.9%, n = 44). The most frequently indicated treatment was medical-surgical (34.3%, n = 36); however, 66% (n = 43) of patients did not continue follow-up beyond six months. **Conclusion:** It was found that gastric cancer mainly affects men over 60 years old with preventable risk factors, highlighting the urgent need for early detection and prevention strategies.

**Keywords:** Gastric cancer, epidemiology, risk factors, gastric adenocarcinoma. (Source: DeCS/MeSH)

**Introducción:** El cáncer gástrico en 2020 fue el quinto cáncer más frecuente a nivel mundial y la segunda causa de muerte por cáncer (aproximadamente 700.000/año), cabe resaltar, que el riesgo aumenta después de los 50 años y su pico máximo en la sexta década de la vida siendo un problema de salud a nivel mundial. En nuestro país, el cáncer gástrico representa el cuarto cáncer más frecuente en la población hondureña, se registra una tasa de incidencia de un 8.3 /100.000 personas y su tasa de mortalidad es del 6.9 /100.000 personas, considerándose como la segunda causa de muerte por cáncer en hombres de acuerdo a los datos proporcionados por el GLOBOCAN en el 2020 <sup>(1)</sup>. Se pueden involucrar múltiples factores de riesgos que favorecen su aparición como el consumo de tabaco, alcohol, infecciones por *Helicobacter pylori* (*H. Pylori*), alto consumo de sal, obesidad, antecedentes familiares de cáncer gástrico entre otros<sup>(2,3)</sup>. En Honduras, la mayoría de las personas se detecta el cáncer gástrico en etapas avanzadas, lo que resulta en un índice de mortalidad más elevado. Por consiguiente, es vital que se identifique sus características clínicas y se implemente un plan de detección precoz para el cáncer gástrico.

**Materiales y métodos:** Diseño del estudio: Se llevó a cabo un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo, utilizando los expedientes clínicos de pacientes con diagnóstico confirmado de cáncer gástrico atendidos en el hospital liga contra el cáncer en San Pedro Sula, durante el periodo de 2014-2017. Población de estudio: Se incluyeron expedientes clínicos de pacientes mayores de edad, sin distinción de sexo o raza, diagnosticado con cáncer gástrico, que reciba tratamiento terapéutico en la Liga Contra el Cáncer, durante el periodo mencionado, donde se analizaron 105 expedientes clínicos mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia.

**Variables:** Se emplearon las siguientes variables como edad y sexo, procedencia geográfica, factores de riesgo como tabaquismo, alcoholismo, antecedentes familiares, sintomatología clínica, tipo histológico de cáncer gástrico, estadio clínico al momento del diagnóstico (según TNM) y tratamiento médico utilizado.

**Procedimientos:** La unidad de docencia en investigación del Hospital Liga Contra el Cáncer solicitó la participación de investigadores para llevar a cabo este estudio. Tras la firma del acuerdo de confidencialidad y aprobación del comité ética en investigación, se otorgó acceso a los expedientes de pacientes que cumplieran con los requisitos de inclusión. Se diseñó un formato de recolección de datos basado en evidencia científica, la cual fue evaluado previamente por médicos especialistas en el tema. Posteriormente, se realizó la recopilación de información de los expedientes seleccionados, organizando las variables de interés en una base de datos anonimizada para garantizar la confidencialidad.

**Análisis de datos:** Los datos se analizaron utilizando software estadístico SPSS "Statistical Package for the Social Science-SPSS" versión 25. La información recopilada se ingresó a una base de datos diseñada específicamente para este estudio, una vez validada la calidad de los datos, se procedió al análisis estadístico.

**Consideraciones éticas:** El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Universidad Católica de Honduras. Se cumplió con los principios éticos de la Declaración de Helsinki para la investigación médica, garantizando la confidencialidad de los datos recopilados mediante la anonimización de la información.

**Resultados:** Se incluyeron 105 expedientes clínicos que cumplían con los criterios de inclusión para el estudio, de los cuales pertenece el 30.5%(n=32) al 2014, el 2015 con un 23.8% (n=25), el 2016 el 23.8%(n=25) y en el 2017 con un 23.8% (n=25). El 52.1% (n = 57) fueron hombres y el 45.7% (n = 48), mujeres (tabla 1). La edad media fue de 63 años con una desviación estándar de 13.4 (tabla 2). El 69.5% son procedentes de la región Noroccidental del país, representando el departamento de Cortés un 44.8% (n=47), Yoro 17.1% (n=18) y Santa Bárbara 8.6% (n=8), en la región Occidental, el departamento de Copán 11.4% (n=12) y Ocotepeque 3.8% (n=4), en la región Nororiental del país, el departamento de Atlántida con 8.6% (n=9) y Colón con 2.9% (n=3), en la región sur, el departamento de Lempira 1.9% (n=2), Choluteca 1% (n=1) y en la región Centro Occidental el departamento de Comayagua 1% (n=1). El 51.4% (n=54) pertenecen a zonas rurales y el 48.6% (n= 51) a zonas urbanas.

Se observa la presencia de factores de riesgo en este estudio en un 41.9% (n=44), mostrando que el 32,4% (n=34) de la población estudiada consume alcohol predominantemente en hombres 59% (n=29) (tabla 3). El 59% (n=62) no presentan antecedentes personales patológicos, por otro lado, el 30% (n=32) si presentan antecedentes personales patológicos como se muestra en la tabla 3. En cuanto a las características clínicas el 37.3% presento epigastralgia, seguido de pérdida de peso un 26.2%, el 10.3% dispepsia, 7.1% disfagia, 5.6% astenia, 4.8% adinamia, 4% sangrados digestivos y el 2.4% vómitos postprandiales, el 55.2% (n=58) de los pacientes presento un examen físico normal, el 2.9% (n=3) presento masa palpable abdominal, el 1.9% (n=2) con ictericia generalizada, el otro 1.9% (n=2) distensión abdominal y en la minoría hepatomegalia 1% (n=1), adenopatías 1% (n=1) y dolor abdominal a la palpación 1% (n=1), sin embargo, el 35.2% (n=37) no se consignaron los hallazgos del examen físico en el expediente clínico; como se muestra en el grafico 1 y 2. En el reporte histopatológico el adenocarcinoma tipo intestinal en el 70.5% (n=74), seguido del adenocarcinoma tipo difuso con un 13.3% (n=14), adenocarcinoma tipo mixto 1% (n=1) y adenocarcinoma indeterminado en un 6.7% (n=7), por otra parte, se encontraron otras variantes como el adenocarcinoma mucocelular con células en anillo de sello en el 5.7% (n=6) y adenocarcinoma tipo tubular en el 1% (n=1) (tabla 4). La ubicación con mayor frecuencia es la distal representando un 83.8% (n=88) en comparación de la proximal con un 16.25% (n=17) y en grafico 3 se observa la localización más frecuente según el sexo.

En el informe endoscópico el 41.9% (n=44) fue Borrmann III, el 17.1% (n=18) Borrmann II, seguido Borrmann IV en un 6.7% (n=7), el 1.9% pertenece al Borrmann I y el Borrmann V fue del 1% (n=1). Sin embargo, el 31.4% el informe endoscópico no se encontró consignado en el expediente clínico. En el grafico 4 se muestra la estadificación patológica según TNM. En cuanto al lugar de metástasis encontrado fue a hígado en un 81% (n=21), seguido a peritoneo en un 8% (n=2) y en la minoría páncreas 1% (n=1), ovario 1% (n=1), y óseo 1% (n=1). En cuanto al tratamiento recibido el 28.6% (n=30) recibió solamente cirugía, el 22.9% (n=24) fue tratado con cirugía y quimioterapia, el 17.1% (n=18) solamente quimioterapia, mientras que el 7.6% (n=8) recibió cirugía, quimioterapia más radioterapia, y en menor porcentaje, el 3.8% (n=4) solamente se practicó radioterapia, el otro 3.8% (n=4) cirugía más radioterapia y el 2.9% (n=3) quimioterapia más radioterapia, sin embargo, el 13.3% no recibió tratamiento y en la tabla 5 se observa el procedimiento quirúrgico realizado.

Sexo	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
Femenino	48	45.7	45.7	45.7
Masculino	57	54.3	54.3	100.0
Total	105	100.0	100.0	

**Tabla 1.**

Género más frecuente en pacientes con cáncer gástrico tratados en el Hospital Liga Contra el Cáncer.

Fuente: Autoría propia, 2023.

Edad	Estadísticos
N	Válido 105.0 Perdidos .0
Media	63.1
Media	65.0
Desviación.	13.4
Mediana	65.0
Mínimo	19.0
Máximo	94.0

**Tabla 2.**

Edad mas frecuente de paientes con cáncer gástrico tratados en el Hospital Liga Contra el Cancer.

Fuente: Autoría propia, 2023.

**Tabla 3. Consolidada:**

Hábitos tóxicos, antecedentes personales y familiares en pacientes con cáncer gástrico.

Fuente: Autoría propia, 2023.

Categoría	Variable	Frecuencia	Porcentaje	
<b>Hábitos Tóxicos</b>	Alcoholismo	Si	34	32.4
		No	60	57.1
		No consignado	11	10.5
	Alcoholismo Sexo Femenino	Si	5	10.4
		No	37	77.1
		No consignado	6	12.5
	Alcoholismo Sexo Masculino	Si	29	50.9
		No	23	40.4
		No consignado	5	8.8

Continúa

	<b>Categoría</b>	<b>Variable</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	
<b>Hábitos Tóxicos</b>	Tabaquismo	Si	32	30.5	
		No	63	60	
		No consignado	10	9.5	
	Tabaquismo Sexo Femenino	Si	5	10.4	
		No	38	79.2	
		No consignado	5	10.4	
	Tabaquismo Sexo Masculino	Si	27	47.4	
		No	25	43.9	
		No consignado	5	8.8	
	Antecedentes Personales	Diabetes Mielitus		7	6.7
			Diabetes Mielitus + gastritis crónicas	2	1.9
		Diabetes melitus + HTA	4	3.8	
		Diabetes melitus + HTA + gastritis cr.	1	1	
		HTA	12	11.4	
		HTA + gastritis crónica	1	1	
		Enfermedad ácido-péptica niega	2	1.9	
		No consignado	62	59	
		No consignado	11	10.5	
		Gastritis crónica	3	2.9	
	Antecedentes familiares	Si	24	22.9	
		No	65	61.9	
No consignado		16	15.2		
Cáncer gástrico familiar.	Familiar 1er grado	11	10.5		
	Niega	78	74.3		
	No consignado	16	15.2		

**Discusión:** De los 215 casos de reportados con diagnóstico de cáncer gástrico que fueron tratados en el Hospital Liga contra el Cáncer durante el 2014 al 2017, se estudiaron 105 expedientes clínicos para el estudio, de los cuales pertenece el 30.5% al 2014, el 2015 con un 23.8%, el 2016 el 23.8% y en el 2017 con un 23.8%.

En esta investigación se evidencia que la población predominante fue de sexo masculino en un 52.1% datos que se encuentran en relación con en una investigación realizada en Ecuador que muestran que el 72.6% represento el sexo masculino, mientras que en otra publicación se presenta ligeramente más alto con un 73%(6,7) Se encontró que el grupo de edad de mayor afectación fue en un rango de 65-74 años representando un 30.5%, seguido de un 21.9% entre edades de 55-64 años en ambos sexos y se estima una edad media de 63 años, datos que coinciden con la estadística mundial (8,9), por otro lado, en un estudio retrospectivo el 80% se encontró un grupo de edad de 35-64 años de los cuales más de la mitad son mujeres (52.3%)<sup>(10)</sup>.

La mayor parte de la población son procedentes de la región Noroccidental en 69.5%, siendo el departamento de Cortés con mayor frecuencia con un 44.8%, seguido de Yoro con un 17.1% y Santa Bárbara un 8.6%, en la región Occidental 15.2%, en la región Nororiental 11.5%, región Sur 2.9% y el 1% pertenece a la región centro de nuestro país; el 51.4% provienen de zonas rurales y el 48.6% de zonas urbanas.

En el cáncer gástrico existen diversos factores de riesgos asociados a su patogenia, en esta investigación se refleja que el 41.9% están presentes, observándose que el 32,4% de la población estudiada consume alcohol, además, es notable que este consumo sea más predominante en hombres (51%), esto podría indicar una diferencia de género en el consumo de alcohol, por otro lado, se encontró que el 30.5% de la población consume tabaco, y al igual que con el alcohol, este consumo es predominantemente masculino (47%), datos que se relacionan con publicaciones donde demuestran la relación con el cáncer gástrico en un 43.5% y 30.6%, respectivamente<sup>(11)</sup>, sin embargo en este estudio no se logró determinar los años de consumo ya que no se consignó en el expediente clínico.

Así mismo, el 30% mostraron que presentan antecedentes personales patológicos, siendo predominantemente la hipertensión arterial y la diabetes mellitus, sin embargo, el 21% refiere gastritis crónica acompañado de alguna patología de base antes mencionada y el 6% enfermedad ácido péptica por lo que es relevante considerar la relación entre estos dos factores para el desarrollo de atrofia gástrica y cáncer gástrico, como bien lo demuestran diversas bibliografías, la exposición prolongada a procesos lesivos conlleva a desencadenar cambios histopatológicos importantes por el reemplazo del epitelio de la mucosa gástrica<sup>(12)</sup>. Es importante mencionar que no se logró determinar el antecedentes de infecciones por *H. pylori* en el sujeto como el núcleo familiar, ya que no se consignó en ningún expediente clínico, dado que a nivel mundial su infección se ha asociado con el desarrollo de gastritis crónica que posteriormente ocasiona riesgo de úlceras pépticas y adenocarcinoma gástrico<sup>(13)</sup>. En un estudio transversal que examinó muestras de biopsias gástricas endoscópicas (n=544), se descubrió que más del 90% de los pacientes que tenían una infección por *H. pylori* y mostraron diferentes grados de lesión gástrica<sup>(14)</sup>, por lo que sugiere que esta bacteria está fuertemente vinculada en este proceso patológico.

En cuanto a las manifestaciones clínicas mostró que los síntomas frecuentes son la epigastralgia (37.3%), seguido de pérdida de peso (26.2%), dispepsia (10.3%), astenia (5.6%), adinamia (4.8%), sangrados digestivos (4%) y vómitos postprandiales (2.4%), datos similares con una investigación que reporta dolor de estómago con 48,61% y la sensación de llenura con 46,03%, mientras que en otra literatura revela que la epigastralgia se presenta en un 62-90%, náuseas, vómitos, dispepsia en un 6-40%, pérdida de peso en un 22-61%, anorexia en 5-40%, hemorragia digestiva en el 10-15% y síndrome anémico en 1-12% de los casos<sup>(15,16)</sup>.

En el examen físico, el 55.2% de los pacientes presentó un examen físico normal, el 2.9% tenía una masa palpable abdominal, el 1.9% con ictericia generalizada y dolor abdominal a la palpación el 1%, sin embargo, el 35.2% no se consignaron los hallazgos del examen físico en el expediente clínico; en diversas literaturas describen que el cáncer gástrico en etapas avanzadas generalmente muestra la presencia de metástasis en alrededor del 33% de los pacientes, pudiendo identificar como la ictericia generalizada en el caso de metástasis hepática o ascitis en metástasis peritoneal<sup>(16)</sup>.

El reporte histológico más frecuente es el adenocarcinoma tipo intestinal en el 70.5%, seguido del adenocarcinoma tipo difuso con un 13.3%, adenocarcinoma tipo mixto 1%, adenocarcinoma indeterminado en un 6.7%, por otra parte, se encontraron otras variantes como el adenocarcinoma mucocelular con células en anillo de sello en el 5.7% y adenocarcinoma tipo tubular en el 1%; de manera similar, se ha observado en un estudio retrospectivo en la región Occidental de Honduras, en donde el tipo histológico más frecuente fue el adenocarcinoma intestinal en el 42.1%, el tipo difuso en un 42.76% y el 1.97% de tipo mixto mientras que 13.16% fueron indeterminados<sup>(6)</sup>. La mayoría de estas lesiones se encontraron en la porción distal 83.8% en comparación de la proximal con un 16.25%, cabe destacar que estos resultados están en consonancia con Montalván EE et al; que reporta que según localización de la lesión el 28.95% fueron proximales y el 56.58% fueron distales<sup>(6)</sup>. Así mismo se correlacionó el tipo histológico con la edad, evidenciado que el adenocarcinoma tipo intestinal es el de mayor predominancia independientemente del rango de edad en comparación del tipo difuso e indeterminado.

Por otra parte tenemos la endoscopia digestiva alta que desempeña un papel esencial en el diagnóstico y manejo del cáncer gástrico, siendo una herramienta diagnóstica y terapéutica valiosa en la lucha contra esta enfermedad<sup>(17)</sup>; en los hallazgos endoscópicos de este estudio mostraron que el 41.9% fue Borrmann III, el 17.1% Borrmann II, seguido Borrmann IV en un 6.7%, Borrmann I fue el 1.9% y el Borrmann V es el 1%, sin embargo, el 31.4% el informe endoscópico no se encontró consignado en el expediente clínico; esto se puede correlacionar con un estudio publicado que revela que el 62.9 %, es Borrmann III, seguido del 19.4 % de Borrmann II, el 11,3 % Borrmann IV y el 6.5 % era Borrmann I<sup>(11)</sup>. Otro aspecto de resaltar, es en esta población se encontró de acuerdo a su localización distal el Borrmann I se evidencia en un 2%, II en el 15%, III un 37%, IV un 5% y V el 1%, siendo el Borrmann III con mayor prevalencia en la porción distal y que, además, en la porción proximal predominio en un 5% el Borrmann III, esto se contrasta con Andrade y colaboradores que reportaron la localización es distal el Borrmann tipo III es del 61 %<sup>(18)</sup>.

De acuerdo con el estadio clínico muestran que la mayoría de los casos diagnosticados en el Hospital Liga contra el Cáncer, se encuentran en etapa III, seguido del 31.4% en etapa II y el 24.8% en etapa IV, siendo el 25.7% en estadio IIB, el 17.1% en estadio IIIB y el 11.4% en estadio IIIA; Estos resultados son coherentes con investigaciones previas que revelan que el 60% de los casos son diagnosticados tardíamente, en estadios avanzados incluso incurables produciendo una alta tasa de mortalidad <sup>(9,11)</sup>.

El sitio de metástasis encontrado en los casos reportados de este estudio, mostró afectación a hígado en un 81%, seguido a peritoneo en un 8% y en la minoría páncreas 1%, ovario 1%, y óseo 1%; En comparación a otro estudio, se observó que el 49% en peritoneo, el 42% en hígado, el 22% en retroperitoneo y el 13% en ovario <sup>(8)</sup>. Por lo que sugiere que el sitio de metástasis más frecuente es hígado y peritoneo.

En cuanto el tratamiento aplicado se observó que el 34.3% fue tratamiento médico y quirúrgico, el 28.6% solamente quirúrgico, el 23.8% recibió solamente tratamiento médico y el 13.3% no recibió tratamiento, por otro lado, se estimó que el 61.9% se le practicó algún tipo de tratamiento quirúrgico, siendo la gastrectomía subtotal distal más frecuente en un 37.1%, en el 14.3% solamente se le practicó cirugía paliativa y el 1% se realizó solamente laparotomía exploratoria sin resección quirúrgica ya que el tumor resultó ser irreseccable, por lo tanto, podemos deducir que la cirugía se considera el principal de tratamiento con fines curativos, no obstante, en algunos casos resultan ser irreseccables o presentan un alto riesgo quirúrgico. Como lo describe en algunas literaturas el 80% de los casos que se someten a cirugía, la mitad se le realizará una resección curativa, mientras que la otra mitad un tratamiento paliativo <sup>(9)</sup>.

Se realizó una correlación de variables mostrando el tipo de tratamiento utilizado por estadios, evidenciándose que en el estadio I, el tratamiento quirúrgico fue el de mayor frecuencia con 50% y el 25% solamente tratamiento médico; como lo describen las guías NCCN en este estadio el método de elección es la resección quirúrgica, en algunos casos se puede considerar el tratamiento médico como la quimioterapia adyuvante <sup>(20)</sup>; En el estadio II, el tratamiento quirúrgico representa el 39%, el médico-quirúrgico en un 33% y solamente médico representó un 18%; En el estadio III, el tratamiento con mayor frecuencia es el médico quirúrgico con 53%, seguido tratamiento quirúrgico en un 28% y solamente médico el 17%; En el estadio IV el tratamiento con mayor frecuencia es médico con 38%, seguido del médico quirúrgico con un 19% y quirúrgico un 15%, sin embargo, el 27% no recibe tratamiento, se desconoce la causa pero se piensa que el paciente no acude a las citas médicas en la institución por motivos desconocidos.

Así mismo, se observó la relación del estadio clínico con la clasificación de Borrmann, encontrando que el estadio I, en el 50% de los casos se reportó Borrmann III, el otro 50% se dividió entre el Borrmann I y II; en el estadio II, en el 48% se presentó Borrmann III y el 21% fue Borrmann II; En el estadio III, el 38% se reportó Borrmann III y el 17% Borrmann II, mientras que en el estadio IV, en la mayoría de los informes endoscópicos fue Borrmann III con 46%, en el 19% representó el Borrmann IV, pudiendo resaltar que en estadios más avanzados predomina un Borrmann de peor pronóstico, correlacionando con estudios publicados previamente <sup>(11)</sup>, sin embargo, el 31.4% de los expedientes clínicos no se le consignó los resultados endoscópicos.

En la población estudiada se observó que el 84.8% presenta pérdida del seguimiento en la institución, el 76% se reportó su fallecimiento, mientras que el 3.8% continúa en seguimiento, el 1.9% se encuentra en remisión y el otro 1.9% es referido a una institución de mayor nivel; Además, se realizó un análisis del seguimiento en meses de los casos de los pacientes con cáncer gástrico evidenciando que el 65% solo cumple el seguimiento menos de 6 meses, el 11% de 6-12 meses, el otro 9% de 13 a 24 meses, el 5% de 25-36 meses y el 10% entre 49-60 meses. En resumen, estos datos presentan un desafío significativo en el manejo de estos casos, la pérdida del seguimiento puede llevar a un control deficiente de la enfermedad y dificultades en la evaluación de la eficacia de los tratamientos.

**Contribuciones de los autores:** DMM, SB y JCZM concibieron la idea del estudio, realizaron la recopilación de datos, y redactaron el artículo. Posteriormente, revisaron y editaron la versión final. Todos los autores participaron en la revisión crítica del manuscrito y aprobaron su versión final, asumiendo la responsabilidad del contenido y el índice de similitud del mismo. Todos los autores leyeron y aprobaron la versión final del manuscrito.

**Declaración de financiamiento:** No se recibió fuentes externas de financiación. Se usó fondos propios de los autores.

**Declaración de conflicto de intereses:** Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

#### Detalles de autor:

1 Facultad de Medicina y Cirugía, Universidad Católica de Honduras, San Pedro Sula, Cortés, Honduras.

2 Liga contra el cáncer Honduras, Profesional Voluntario, San Pedro Sula, Cortés, Honduras.

3 Department of Medicine-Infectious Disease Washington University-St Louis, Washington, EE.UU.

Recibido: 13/Noviembre/2024

Aceptado: 7/ Enero/2025

Publicado: 28 /Abril/2025

Reporte histológico	Frecuencia	Porcentaje
Adenocarcino intestinal	74	70.5
Adenocarcinoma difuso	14	13.3
Adenocarcinoma mixto	1	1.0
Adenocarcinoma indeterminado	7	6.7
Adenocarcinoma molecular con células en anillo de sello	6	5.7
Linfoma no Hodgking difuso de células B no malt.	1	1.0
Tumor de estroma gastrointestinal	1	1.0
Adenocarcinoma tubular	1	1.0
Total	105	100.0

**Tabla 4.**

Histología más frecuente de pacientes con cáncer gástrico tratados en Hospital Liga Contra el Cáncer.

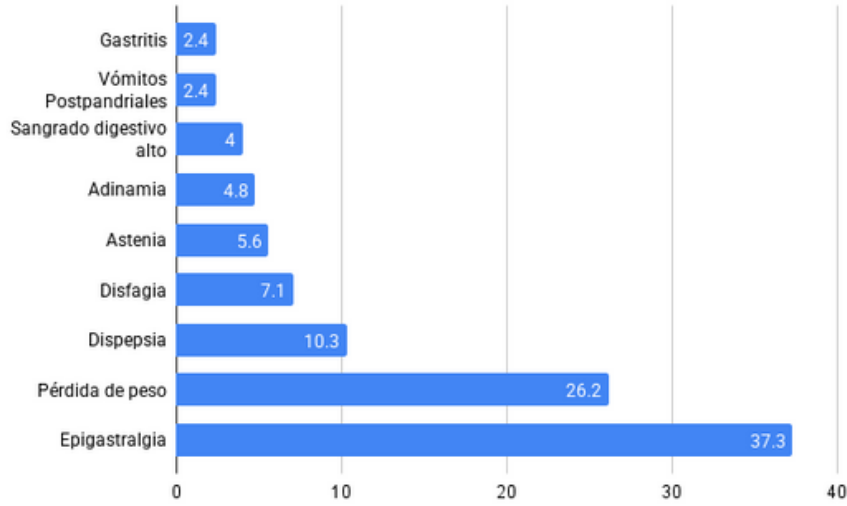
Fuente: Autoría propia, 2023.

Tipo de procedimiento quirúrgico	Frecuencia	Porcentaje
Gastrectomía distal subtotal	39	37.1
Gastrectomía subtotal proximal	1	1.0
Gastrectomía radical total	5	4.8
No se realizó	39	37.1
Yeyunostomía	2	1.9
Gastrostomía	3	2.9
Gastroyeyunostomía	10	9.5
Gastrectomía total + Anastomosis esofagoyeyunal	1	1.0
Gastrectomía total + gastroyeyunostomía	1	1.0
Gastrectomía distal subtotal + gastroyeyunostomía	4	3.8
Total	105	100.0

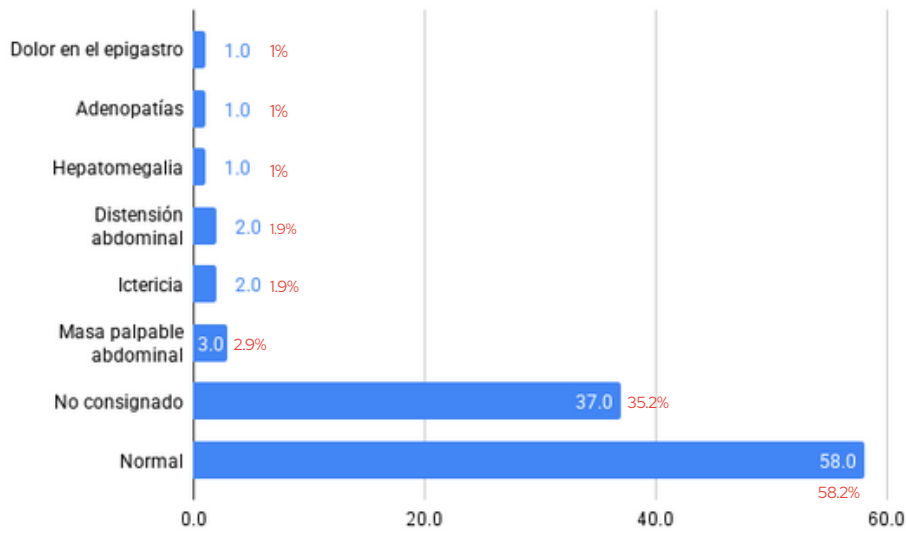
**Tabla 5.**

Tipo de tratamiento recibido en los pacientes con cáncer gástrico tratados en el Hospital Liga Contra el Cáncer.

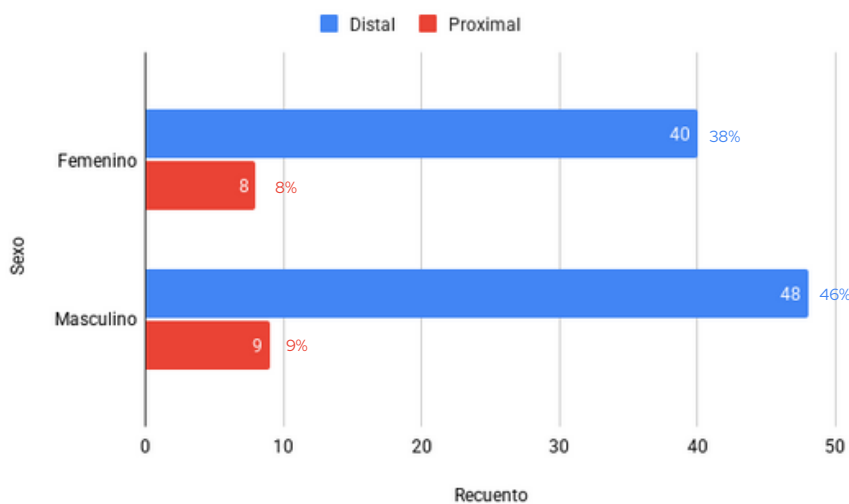
Fuente: Autoría propia, 2023.



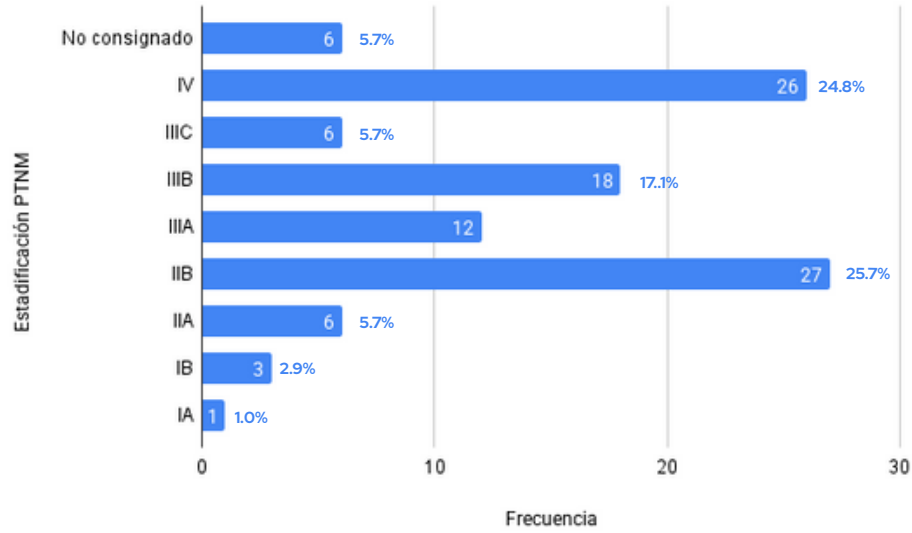
**Figura 1.** Síntomas frecuentes de pacientes con cáncer gástrico tratados en Hospital Liga Contra el Cáncer. ( Porcentajes ) Fuente: Autoría propia, 2023.



**Figura 2.** Hallazgos al examen físico de pacientes con cáncer gástrico tratados en Hospital Liga Contra el Cáncer. Fuente: Autoría propia, 2023.



**Figura 3.** Localización más frecuente de cáncer gástrico en pacientes atendidos en Hospital Liga contra el Cáncer. Fuente: Autoría propia, 2023.



**Figura 4.** Estadio patológico TNM en pacientes con cáncer gástrico tratados en el Hospital Liga Contra el Cáncer. Fuente: Autoría propia, 2023.

## Referencias

1. Ferlay J, Ervik M, Lam F, Colombet M. Observatorio Mundial del Cáncer: El cáncer hoy. Lyon: Agencia Internacional para la Investigación sobre el Cáncer; 2020.
2. Organización Mundial de la Salud. Cáncer [Internet]. 2020 [citado 3 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cancer>
3. Cáncer gástrico: algunas consideraciones sobre factores de riesgo y Helicobacter pylori [Internet]. [citado 3 de octubre de 2023]. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1684-18242018000200018&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242018000200018&lng=es)
4. Precusores del cáncer gástrico. Factores de riesgo, condiciones y lesiones premalignas de la mucosa gástrica [Internet]. [citado 3 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-pdf-70000021>
5. Cala TP, Camargo M, Martínez A. Factores genéticos y epigenéticos del cáncer gástrico. Ley Biol [Internet]. 21 de septiembre de 2017 [citado 3 de octubre de 2023];39(106):5-20. Disponible en: <https://revistas.udea.edu.co/index.php/actbio/article/view/328926>
6. Montalván EE, Montalván DM, Urrutia SA, Rodríguez AA, Sandoval H, Saucedo PO, et al. Supervivencia de cáncer gástrico en el occidente de Honduras: estudio piloto 2002-2012. Rev Med Hondur [Internet]. 2017 [citado 3 de octubre de 2023];85(1):6. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9364809/>
7. Pérez Rodríguez S, Rodríguez Rubinos R, González Hernández A, Maylén Álvarez Delgado L. Caracterización del cáncer gástrico en pacientes del municipio Caimito. Rev Cubana Med Mil [Internet]. 2012 [citado 3 de octubre de 2023];41(2):143-50. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138-65572012000200004](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572012000200004)
8. Smyth EC, Nilsson M, Grabsch HI, van Grieken NC, Lordick F. Cáncer gástrico. Lanceta [Internet]. 29 de agosto de 2020 [citado 3 de octubre de 2023];396(10251):635-48. Disponible en: <https://www.thelancet.com/article/S0140673620312885/fulltext>
9. Portillo-Miño JD, Araújo-Prado LM, Melo JM, Carlosama-Rosero YH. Características sociodemográficas e histopatológicas en pacientes con cáncer gástrico en una población con alto riesgo en Colombia. Rev Colomb Gastroenterol [Internet]. 8 de marzo de 2021 [citado 3 de octubre de 2023];36(1):18-23. Disponible en: <https://revistagastrocol.com/index.php/rcg/article/view/544>
10. Caracterización clínica y epidemiológica de la población tamizada en el centro de detección temprana de cáncer gástrico, Costa Rica: período 1996-2015 [Internet]. [citado 3 de octubre de 2023]. Disponible en: [https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1409-14292018000200068](https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-14292018000200068)
11. Muñoz-Cedeño RG, Martínez P, Paullán-Sani V, Rodríguez-Chica G. Caracterización clínica, histológica y endoscópica del cáncer gástrico en el Hospital de Especialidades Dr. Abel Gilbert Pontón, Ecuador. Rev Colomb Gastroenterol [Internet]. 29 de junio de 2021 [citado 3 de octubre de 2023];36(2):163-71. Disponible en: <https://revistagastrocol.com/index.php/rcg/article/view/558>
12. Fisiopatología molecular en la infección por Helicobacter pylori [Internet]. [citado 3 de octubre de 2023]. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-55522016000300013](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-55522016000300013)
13. Organización Panamericana de la Salud. Erradicar la infección por Helicobacter pylori es todo un reto local y mundial [Internet]. [citado 3 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/8-3-2021-erradicar-infeccion-por-helicobacter-pylori-es-todo-reto-local-mundial>
14. Vohlonen I, Pukkala E, Malila N, Härkönen M, Hakama M, Koistinen V, et al. Riesgo de cáncer gástrico en la infección por Helicobacter pylori en un seguimiento de 15 años. Scand J Gastroenterol [Internet]. 10 de octubre de 2016 [citado 3 de octubre de 2023];51(10):1159. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4960513/>
15. DeVita VT Jr, Rosenberg SA, Lawrence TS. DeVita, Hellman y Rosenberg. Cáncer: principios y práctica de oncología. 12a ed. La Villa y Corte de Madrid: Ovid Technologies; 2023.
16. Cunningham SC, Schulick RD. Manejo paliativo del cáncer gástrico. Surg Oncol [Internet]. Dic. 2007 [citado el 3 de octubre de 2023];16(4):267-75. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17881220/>
17. Wadhwa R, Song S, Lee JS, Yao Y, Wei Q, Ajani JA. Cáncer gástrico-dimensiones moleculares y clínicas. Nat Rev Clin Oncol [Internet]. 2013 noviembre [citado 2023 Oct 3];10(11):643-55. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24061039/>
18. Andrade Díaz CA, Rodríguez Prieto EE, Novillo Andrade LE. Análisis epidemiológico del cáncer gástrico en el Hospital de Especialidades Carlos Andrade Marín en el período enero-diciembre del año 2016. Cambios Rev Méd [Internet]. 2018 [citado 3 de octubre de 2023];10-4. Disponible en: <http://fi-admin.bvsalud.org/document/view/jt6xy>
19. McMillian N, Pluchino MA, Ajani JA, Bentrem DJ, Lurie RH, et al. Guías de NCCN Cáncer Gástrico. 2022. Disponible en: <https://doi.org/10.6004/jnccn.2022.0008>
20. Tratamiento del cáncer de estómago (PDQ®) - NCI [Internet]. [citado 3 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/tipos/estomago/pro/tratamiento-estomago-pdq>