



"COMPARACIÓN DEL ESTADÍO CLÍNICO DE PRESENTACIÓN DEL ADENOCARCINOMA GÁSTRICO EN AREQUIPA ENTRE LOS PERIODOS 1991-1992 Y 2001-2002"

Dr. Héctor José Castro Caillaux
Dr. Reynaldo Garrido González
Dr. Jose Luis Rondón de La Jara

RESUMEN:

OBJETIVOS: Comparar los estadios de presentación del adenocarcinoma gástrico en Arequipa entre los periodos 1991-1992 y 2001-2002 e identificar posibles características epidemiológicas que estuvieran influyendo en el momento del diagnóstico.

MATERIAL Y MÉTODOS: El estudio fue transversal, retrospectivo, descriptivo y analítico. Se estudiaron 47 casos del primer periodo y 65 del segundo. Ambos periodos fueron comparados en cuanto a estadio de presentación y otras variables epidemiológicas.

RESULTADOS: Aunque en ambos periodos la gran mayoría de casos debutaron en estadio IV (87% y 72%, respectivamente), se observó, en el segundo periodo, una reducción considerable de casos diagnosticados en estadios avanzados (IIIB y IV), en comparación al primero; además hubo un aumento de casos diagnosticados en estadios tempranos (IA, IB, II y IIIA). Los casos de early cancer ascendieron de 2% a 9%. La única variable que presentó diferencia significativa entre periodos fue el porcentaje de pacientes sometidos a endoscopia, siendo mayor en el segundo.

CONCLUSIONES: Las cifras encontradas muestran que, a pesar de la variación positiva, aún se detecta en Arequipa el adenocarcinoma gástrico en estadios muy avanzados, probablemente por falta de equipos e infraestructura modernos.

Palabras clave: adenocarcinoma gástrico, estadio clínico, early cancer.

INTRODUCCIÓN:

Aunque se ha observado una marcada disminución de la incidencia del adenocarcinoma gástrico globalmente en los últimos 50 años, el cáncer de estómago continúa siendo la segunda causa más común de muerte relacionada con cáncer en el mundo. A pesar de la falta de cifras reales sobre este tema en nuestro país y en nuestra ciudad, las evidencias de una importante incidencia de dicha patología en naciones latinoamericanas, así como en hispanos residentes en EEUU, la convierten en un importante problema de estudio en nuestro medio. Sabiendo que el pronóstico de vida de los pacientes con cáncer gástrico está condicionado por la profundidad de la invasión tumoral, la existencia o no de metástasis a distancia y la reseccabilidad del tumor; es evidente que la identificación de este tipo de cáncer en sus etapas iniciales ofrece las mejores expectativas de vida a los

Pacientes. Es así que nace nuestra inquietud por conocer

en qué estadio clínico debuta el adenocarcinoma gástrico en nuestra ciudad y, considerando que durante los últimos 10 años las técnicas diagnósticas han mejorado y que una mayor parte de la población arequipeña tiene accesibilidad a ellas, comparar los resultados con otros obtenidos una década atrás, esperando observar una variación positiva en la identificación de etapas tempranas como viene sucediendo en países industrializados; o, de no ser así, abrir el camino para posteriores estudios en busca del reconocimiento de los factores que estarían impidiendo un diagnóstico precoz del cáncer gástrico, restando esperanza de vida a los pacientes que lo padecen.

MATERIAL Y MÉTODOS:

El presente trabajo se realizó en pacientes atendidos en los principales hospitales de Arequipa, como son: Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Hospital Nacional Carlos Alberto Seguín Escobedo y Hospital Goyeneche. Se tomó como universo a todos los pacientes con diagnóstico de adenocarcinoma gástrico hecho en los hospitales mencionados, en los periodos 1991-1992 y 2001-2002. El tipo de muestreo fue aleatorio, a partir de la población elegida de acuerdo a los criterios de elección.

El presente estudio es de corte transversal en dos momentos de tiempo diferentes, retrospectivo en el tiempo y de tipo descriptivo y analítico. Para el análisis de datos se utilizó Estadística Descriptiva: distribución de frecuencias absolutas y relativas, medidas de tendencia central (media) y medidas de dispersión (desviación estándar, varianza). Así mismo, se utilizó Estadística Analítica para la comparación de grupos: estadística no paramétrica para variables categóricas (prueba de chi cuadrado para grupos independientes) y estadística paramétrica para variables numéricas (prueba t de Student para grupos independientes). Se considera estadísticamente significativo un $p=0.05$.



RESULTADOS:

I. ESTADÍO DE PRESENTACIÓN DEL ADENOCARCINOMA GÁSTRICO POR PERIODO

TABLA 1: ESTADÍO DE PRESENTACIÓN DEL ADENOCARCINOMA GÁSTRICO EN EL PERIODO 1991-1992

ESTADÍO	n	%
0	0	0
IA	0	0
IB	0	0
II	1	2.13
IIIA	2	4.26
IIIB	3	6.38
IV	41	87.23
TOTAL	47	100

TABLA 2: ESTADÍO DE PRESENTACIÓN DEL ADENOCARCINOMA GÁSTRICO EN EL PERIODO 2001 - 2002

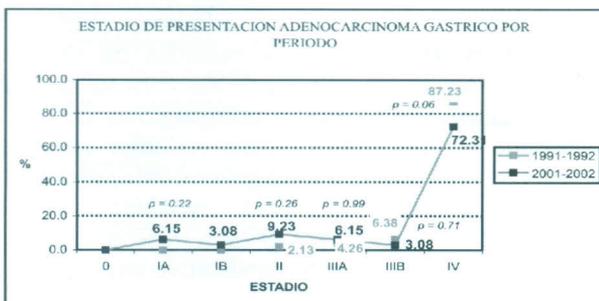
ESTADÍO	n	%
0	0	0
IA	4	6.15
IB	2	3.08
II	6	9.23
IIIA	4	6.15
IIIB	2	3.08
IV	47	72.31
TOTAL	65	100

2. COMPARACIÓN DEL ESTADÍO DE PRESENTACIÓN DEL ADENOCARCINOMA GÁSTRICO EN AREQUIPA ENTRE PERIODOS

TABLA 3: ESTADÍO DE PRESENTACIÓN

ESTADÍO	PERIODO 91-92		PERIODO 01-02		p
	Nº	%	Nº	%	
0	0	0.00	0	0.00	-
IA	0	0.00	4	6.15	0.22
IB	0	0.00	2	3.08	-
II	1	2.13	6	9.23	0.26
IIIA	2	4.26	4	6.15	0.99
IIIB	3	6.38	2	3.08	0.71
IV	41	87.23	47	72.31	0.06
TOTAL	47	100.00	65	100.00	

GRAFICO I



3. ESTADÍO DE PRESENTACIÓN Y SEXO

TABLA 4: ESTADÍO DE PRESENTACIÓN Y SEXO / 91- 92

ESTADÍO	PERIODO 1991 - 1992				p
	M		F		
	n	%	n	%	
0	0	0.00	0	0.00	-
IA	0	0.00	0	0.00	-
IB	0	0.00	0	0.00	-
II	1	3.57	0	0.00	-
IIIA	1	3.57	1	5.26	0.74
IIIB	2	7.14	1	5.26	0.72
IV	24	85.71	17	89.47	0.95
TOTAL	28	100.00	19	100.00	

4. EDAD Y ESTADÍO DE PRESENTACIÓN

TABLA 6: EDAD Y ESTADÍO DE PRESENTACIÓN

ESTADÍO	91-92*	01-02**	Prueba t	p
	X ± DE	X ± DE		
0	0	0	-	-
IA	0	68.5 ± 20.7	-	-
IB	0	55 ± 3	-	-
II	45 ± 2.5	74 ± 7.7	12.32	< 0.01
IIIA	35.5 ± 2.5	66.3 ± 2.2	15.61	< 0.001
IIIB	68.7 ± 24.2	84 ± 4	0.84	0.43
IV	58.8 ± 12.5	56.84 ± 17.6	0.59	0.55
TOTAL	57.6 ± 14.6	60.49 ± 16.88	0.94	0.35

5. GRADO DE INSTRUCCIÓN Y ESTADÍO DE PRESENTACIÓN

TABLA 7: GRADO DE INSTRUCCIÓN Y ESTADÍO DE PRESENTACIÓN / 91 92

Grado de instrucción	ESTADÍO n (%)						TOTAL	
	0	IA	IB	II	IIIA	IIIB		
Analfabeto	0	0	0	0	0	12 (29.3)	12	
Primaria	0	0	0	0	0	28 (68.3)	28	
Secundaria	0	0	0	0	1(50)	2(66.7)	1 (2.4)	4
Superior	0	0	0	0	0	0	0	0
No considerado	0	0	0	1 (100)	1(50)	1 (33.3)	0	3
TOTAL	0	0	0	1	2	3	41	47

TABLA 8: GRADO DE INSTRUCCIÓN Y ESTADÍO DE PRESENTACIÓN / 01 - 02

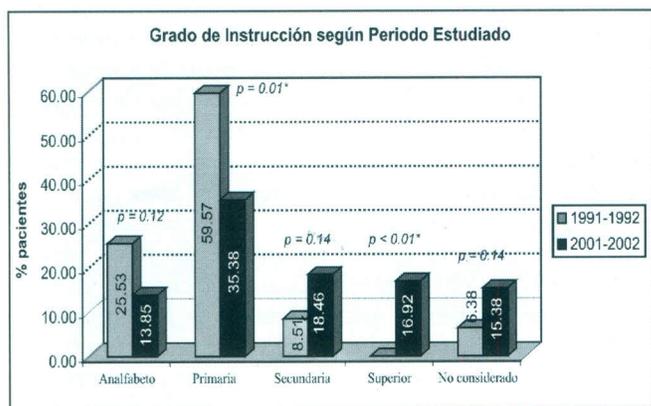
Grado de instrucción	ESTADÍO n (%)						TOTAL	
	0	IA	IB	II	IIIA	IIIB		
Analfabeto	0	0	0	1 (16.7)	0	0	8 (17)	9
Primaria	0	0	1 (50)	2 (33.3)	3 (75)	1 (50)	16 (34.1)	23
Secundaria	0	0	0	2 (33.3)	1 (25)	0	9 (19.1)	12
Superior	0	2 (50)	0	0	0	1 (50)	8 (17)	11
No considerado	0	2 (50)	1 (50)	1 (16.7)	0	0	6 (12.8)	10
TOTAL	0	4	2	6	4	2	47	65

TABLA 9: COMPARACIÓN DE GRADOS DE INSTRUCCIÓN COMBINADOS

Grado de instrucción	91 - 92		01 - 02		p
	n	%	n	%	
Analfabeto + Primaria	40	85.1	32	49.2	<0.01
Secundaria + Superior	4	8.5	23	35.3	<0.01
No considerado	3	6.4	10	15.5	0.14
TOTAL	47	100	65	100	



GRAFICO 2



6. PATOLOGÍA DIGESTIVA PREVIA Y ESTADÍO DE PRESENTACIÓN

TABLA 10: PATOLOGÍA DIGESTIVA PREVIA Y ESTADÍO DE PRESENTACIÓN / PERIODO 1991 - 1992

ESTADÍO	PATOLOGIA DIGESTIVA PR EVIA/91-92				TOTAL
	SI		NO		
	n	%	n	%	
0	0	0	0	0	0
IA	0	0	0	0	0
IB	0	0	0	0	0
II	0	0	1	100	1
IIIA	2	100	0	0	2
IIIB	1	33.3	2	66.7	3
IV	1	2.4	40	97.6	41
TOTAL	4	8.5	43	91.5	47

TABLA 11: PATOLOGÍA DIGESTIVA PREVIA Y ESTADÍO DE PRESENTACIÓN / PERIODO 2001 - 2002

ESTADÍO	PATOLOGIA DIGESTIVA PREVIA/01-02				TOTAL
	SI		NO		
	n	%	n	%	
0	0	0	0	0	0
IA	1	25	3	75	4
IB	0	0	2	100	2
II	3	50	3	50	6
IIIA	0	0	4	100	4
IIIB	0	0	2	100	2
IV	2	4.3	45	95.7	47
TOTAL	6	9.2	59	90.8	65

7. SÍNTOMA DE PRESENTACIÓN Y ESTADÍO

TABLA 12 SÍNTOMA DE PRESENTACIÓN Y ESTADÍO / PERIODO 1991 - 1992

Síntoma	ESTADÍO n (%)							TOTAL
	0	IA	IB	II	IIIA	IIIB	IV	
Dolor abdomen	0	0	0	1 (100)	0	0	17 (41.5)	18
Pérdida de peso	0	0	0	0	0	2 (66.7)	10 (24.4)	12
Nauseas	0	0	0	0	2 (100)	0	7 (17.1)	9
HDA	0	0	0	0	0	1 (33.3)	3 (7.3)	4
Llenura precoz	0	0	0	0	0	0	1 (2.4)	1
Disfagia	0	0	0	0	0	0	1 (2.4)	1
Anorexia	0	0	0	0	0	0	0	0
Otros	0	0	0	0	0	0	2 (4.9)	2
TOTAL	0	0	0	1	2	3	41	47

TABLA 13: SÍNTOMA DE PRESENTACIÓN Y ESTADÍO / PERIODO 2001 2002

Síntoma	ESTADÍO n (%)							TOTAL
	0	IA	IB	II	IIIA	IIIB	IV	
P. de peso	0	0	0	3 (50)	2 (50)	0	21 (44.8)	26
Dolor	0	1 (25)	0	1 (16.7)	2 (50)	1 (50)	10 (21.3)	15
HDA	0	3 (75)	2 (100)	1 (16.7)	0	0	4 (8.5)	10
Nauseas	0	0	0	0	0	0	5 (10.6)	5
Llenura p.	0	0	0	0	0	0	2 (4.2)	2
Disfagia	0	0	0	0	0	1 (50)	1 (2.1)	2
Anorexia	0	0	0	0	0	0	0	0
Otros	0	0	0	1 (16.7)	0	0	4 (8.5)	5
TOTAL	0	4	2	6	4	2	47	65

TABLA 14: COMPARACIÓN DEL SÍNTOMA DE PRESENTACIÓN POR PERIODO

Síntoma de presentación	1991-1992		2001-2002		p
	Nº	%	Nº	%	
Dolor abdomen	18	38.30	15	23.08	0.28
Pérdida de peso	12	25.53	26	40.00	0.09
Nauseas	9	19.15	5	7.69	0.12
HDA	4	8.51	10	15.38	0.45
Llenura precoz	1	2.13	2	3.08	0.77
Disfagia	1	2.13	2	3.08	0.77
Anorexia	0	0.00	0	0.00	-
Otros	2	4.26	5	7.69	0.73
TOTAL	47	100.00	65	100.00	

8. PROCEDENCIA Y ESTADÍO DE PRESENTACIÓN

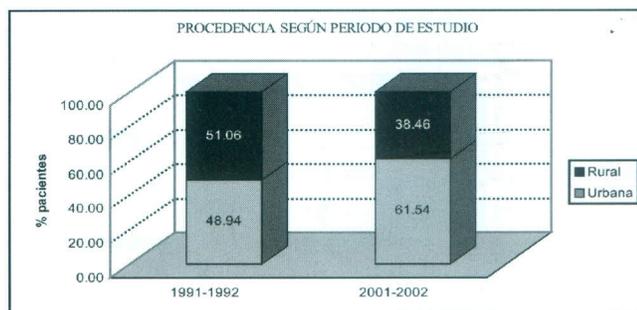
TABLA 15: PROCEDENCIA Y ESTADÍO DE PRESENTACIÓN / PERIODO 91 - 92

ESTADÍO	PROCEDENCIA				TOTAL
	URBANA		RURAL		
	n	%	n	%	
0	0	0	0	0	0
IA	0	0	0	0	0
IB	0	0	0	0	0
II	1	100	0	0	1
IIIA	0	0	2	100	2
IIIB	2	66.7	1	33.3	3
IV	20	48.8	21	51.2	41
TOTAL	23	48.9	24	51.1	47

TABLA 16: PROCEDENCIA Y ESTADÍO DE PRESENTACIÓN / PERIODO 01 02

ESTADÍO	PROCEDENCIA				TOTAL
	URBANA		RURAL		
	n	%	n	%	
0	0	0	0	0	0
IA	4	100	0	0	4
IB	0	0	2	100	2
II	5	83.3	1	16.7	6
IIIA	4	100	0	0	4
IIIB	1	50	1	50	2
IV	26	55.3	21	44.7	47
TOTAL	40	61.5	25	38.5	65

GRAFICO 3



9. ESTADÍO ENDOSCÓPICO Y ESTADÍO CLÍNICO

TABLA 17: ESTADÍO ENDOSCÓPICO Y ESTADÍO CLÍNICO / PERIODO 91 - 92

Borrmán	ESTADÍO n (%)							TOTAL
	0	IA	IB	II	IIIA	IIIB	IV	
I	0	0	0	0	0	0	0	0
II	0	0	0	0	0	0	0	0
III	0	0	0	1 (100)	2 (100)	3 (100)	1 (2.5)	7
IV	0	0	0	0	0	0	18 (43.9)	18
V	0	0	0	0	0	0	0	0
No considerado	0	0	0	0	0	0	10 (24.4)	10
No endoscopia	0	0	0	0	0	0	12 (29.2)	12 (25.5)
TOTAL	0	0	0	1	2	3	41	47

* Total de pacientes con estudio endoscópico: 35 (74.5 %)

TABLA 18: ESTADÍO ENDOSCÓPICO Y ESTADÍO CLÍNICO / PERIODO 01 - 02

Borrmán	ESTADÍO n (%)							TOTAL
	0	IA	IB	II	IIIA	IIIB	IV	
I	0	1 (25)	1 (50)	3 (50)	0	0	1 (2.1)	6
II	0	2 (50)	1 (50)	0	1 (25)	0	0	4
III	0	0	0	2 (33.3)	1 (25)	0	12 (25.5)	15
IV	0	0	0	0	1 (25)	1 (50)	14 (29.8)	16
V	0	0	0	0	0	0	1 (2.1)	1
No consid.	0	1 (25)	0	1 (16.7)	1 (25)	1 (50)	11 (23.4)	15
No endosc.	0	0	0	0	0	0	8 (17.1)	8 (12.3)
TOTAL	0	4	2	6	4	2	47	65

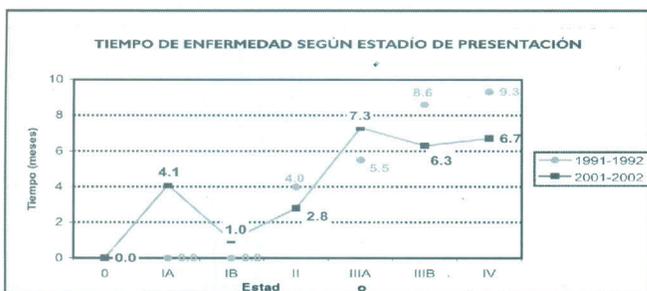
* Total de pacientes con estudio endoscópico: 57 (87.7 %)

10. TIEMPO DE ENFERMEDAD Y ESTADÍO DE PRESENTACIÓN

TABLA 19: TIEMPO DE ENFERMEDAD Y ESTADÍO DE PRESENTACIÓN

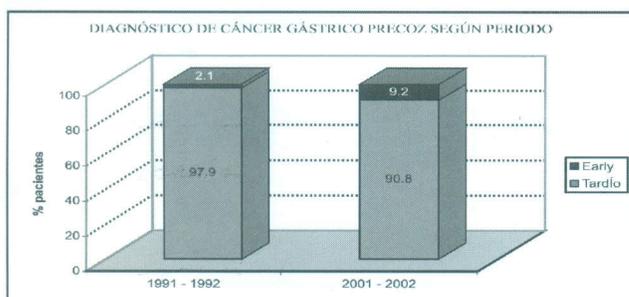
ESTADÍO	1991-1992	2001-2002	Prueba t	p
0	0	0	-	-
IA	0	4.1 ± 4.8	-	-
IB	0	1 ± 0.6	-	-
II	4 ± 1.5	2.8 ± 2.4	0.58	0.66
IIIA	5.5 ± 1.5	7.3 ± 3.2	0.72	0.49
IIIB	8.6 ± 6.1	6.3 ± 5.7	0.42	0.69
IV	9.3 ± 6.6	6.7 ± 6.3	1.89	0.06
TOTAL	9 ± 6.5	6 ± 6.4	1.84	0.06

GRÁFICO 4



11. CÁNCER GÁSTRICO PRECOZ POR PERIODO

GRÁFICO 5



DISCUSIÓN:

En el primer periodo (TABLA 1), hubo un mal momento diagnóstico en general, explicable probablemente por múltiples factores, como la baja posibilidad de estudios endoscópicos para todos los pacientes, la reciente introducción de la endoscopia en Arequipa, la mayor cantidad de pacientes provenientes del área rural, con poca accesibilidad a centros especializados; etc. Resultados similares fueron obtenidos por Rojas para el periodo 1974 1983 en el HRHD, aunque con sólo un 60% de casos en estadio IV, esta diferencia se podría deber a que en su estudio sólo se estudiaron casos quirúrgicos de cáncer gástrico, lo que disminuye de manera importante la cantidad de pacientes en estadio IV como parte de la muestra. En el segundo periodo (TABLA 2) observamos un aumento en el porcentaje de estadios clínicos tempranos, esto es para los estadios IA, IB, II y IIIA. Además, hay una disminución porcentual de los casos diagnosticados en estadios IIIB y IV, con una disminución considerable de los casos diagnosticados en estadio IV. En ninguno de los casos se llega a una diferencia estadísticamente significativa, aunque en el caso del estadio IV se está bastante cerca ($p=0.06$) (TABLA 3, GRÁFICO 1). Esta fuerte tendencia a hacer el diagnóstico más temprano es consecuencia del uso más extendido de la endoscopia en nuestro medio y de la introducción de mejores técnicas en algunos centros especializados. A pesar de esta variación positiva, estos resultados que reflejan el momento del diagnóstico del cáncer gástrico en Arequipa en la actualidad, están muy lejos de ser similares a lo descrito en la literatura mundial, así, el American Collage of Surgenos, en 1998 reporta solamente un 30% de casos diagnosticados en estadio IV y hasta un 17% de casos en estadio I, cifras similares son descritas por Wanebo y por Fuchs para países occidentales, e incluso en series japonesas el porcentaje de casos diagnosticados en estadio IV es de tan sólo 20%. Si bien la variación positiva observada en nuestro estudio es manifestación de que los estudios y el seguimiento de pacientes con sospecha de cáncer gástrico es mejor ahora que una década atrás en Arequipa, no podemos contentarnos con estas cifras puesto que continúan siendo inferiores a las descritas en muchos otros países.

En cuanto al sexo (TABLAS 4 y 5), hay una predominancia de los varones a razón de 1.4 1.5/1 para ambos grupos, ligeramente inferior a la descrita en la literatura mundial (1.5 2/1), pero similar a la encontrada en otros estudios hechos en nuestro medio. Esta cifra encontrada se explica por la gran cantidad de pacientes mayores de 50 años conformantes de la muestra, ya que se conoce que pasados los 40 años, prácticamente la relación entre hombres y mujeres se hace de 1/1 puesto que el sexo femenino pierde la protección natural contra el cáncer gástrico que le brindan sus hormonas. No se observan diferencias estadísticamente significativas en ninguno de los periodos en cuanto al estadio de presentación y el sexo.



Para la variable edad (**TABLA 6**) observamos para ambos periodos una media cercana a los 60 años de edad al momento del diagnóstico. Esto es compatible con otros estudios hechos en Arequipa así como lo descrito en las referencias, esto es, una máxima incidencia en la séptima década de la vida.

La persistente predominancia de los grados de instrucción más bajos (**TABLAS 7, 8, 9 y GRÁFICO 2**) está en relación con la conocida preferencia del cáncer gástrico por estratos socioeconómicos bajos, ya que en nuestro país, muchas veces, la accesibilidad a la instrucción depende de la clase social. Las diferencias encontradas considerando cada estadio individualmente en cada periodo, no muestran un patrón estadístico relevante.

Los casos de cáncer gástrico que presentaron patología digestiva previa (**TABLAS 10 y 11**) representaron un bajo porcentaje en ambos periodos. No se observa un diagnóstico más temprano en estos paciente comparándolos con los que no tuvieron una enfermedad gástrica previamente diagnosticada. No existe ningún patrón estadístico relevante al comparar a los pacientes que tuvieron patología gástrica previa entre periodos.

Los síntomas de presentación más frecuentes fueron pérdida de peso y dolor abdominal (**TABLAS 12, 13 y 14**), tal y como se describe en las referencias bibliográficas así como en estudios realizados en nuestra ciudad. Entre ambos periodos no existe diferencia significativa para determinado síntoma. Cabe resaltar que en el segundo periodo más de la mitad de los pacientes que debutaron con HDA lo hicieron en estadios clínicos resecables, probablemente por lo agudo e impresionante de la manifestación a diferencia de lo observado para síntomas poco preocupantes, más frecuentes.

En cuanto a la procedencia de los pacientes (**TABLAS 15, 16 y GRÁFICO 3**), aunque con pocos datos para poder realizar un análisis estadístico en los estadios tempranos, se observa cierto predominio de la procedencia urbana en éstos, mientras que en estadios tardíos, la diferencia se reduce. También se ve un aumento en el porcentaje de casos de procedencia urbana en paralelo con una disminución de los de procedencia rural en el segundo periodo, explicable por los movimientos migratorios sucedidos en la última década en Arequipa.

En el segundo periodo un mayor porcentaje de pacientes tuvieron un estudio endoscópico; estas cifras demuestran que en la actualidad una mayor parte de la población tiene acceso a este estudio tan necesario en el caso del cáncer gástrico, y tal vez sea esta variable la que haya determinado finalmente la variación positiva observada en el momento del diagnóstico del cáncer gástrico en Arequipa al comparar ambos periodos. Sin embargo, deberíamos esperar que más del 95% de casos tengan endoscopia, como sucede en otros países.

Se observa también, en el segundo periodo, una mayor cantidad de pacientes con estadios endoscópicos más tempranos, otra manifestación del mejor momento diagnóstico en la actualidad. Generalmente, a mayor

Borrman, mayor fue el estadio clínico. **TABLAS 17 y 18**. En el periodo 91-92, el promedio de tiempo de enfermedad previo al diagnóstico fue de 9 meses, cifra similar a la observada por Rojas en el periodo 1974-1983, mientras que en el segundo periodo disminuyó a 6 meses, siendo la diferencia no estadísticamente significativa ($p > 0.05$). En general, se observa, como es de esperar, tiempos de enfermedad más cortos para estadios más tempranos. **TABLA 19 y GRÁFICO 4**.

En cuanto al early cancer (**GRÁFICO 5**) se observa un importante incremento en el porcentaje de casos diagnosticados en el segundo periodo (de 2.1 a 9.2%). Sin embargo, esta cifra continúa siendo ligeramente inferior a las descritas para Europa y Norteamérica (10 a 20%), y muy inferior a las descritas en Japón en los últimos años gracias a sus programas de screening (alrededor del 40%). Cabe señalar que, aunque clínicamente este aumento en el porcentaje de casos diagnosticados tempranamente, se puede considerar un avance positivo, la diferencia entre ambos periodos no es significativa estadísticamente.

CONCLUSIONES:

1. En el periodo 2001-2002, esto es en la actualidad, el adenocarcinoma gástrico en Arequipa debuta con los siguientes porcentajes, 72% para el estadio clínico IV, 3% para el IIIB, 6% para el IIIA, 9% para el II, 3% para el IB y 6% para el IA. No se detectó ningún caso en estadio 0. Los casos de cáncer gástrico precoz representan un 9.2%.
2. En el periodo 1991-1992, los porcentajes de debut fueron, 87% en estadio clínico IV, 6% en estadio IIIB, 4% en estadio IIIA y 2% en estadio II. No hubo ningún caso diagnosticado en estadios 0, IA y IB. Los casos de cáncer gástrico precoz representan sólo un 2.1%.
3. Al comparar ambos periodos, se observa una fuerte tendencia a hacer el diagnóstico del adenocarcinoma gástrico en estadios más tempranos en el segundo periodo. Hay una disminución porcentual de los estadios tardíos y un aumento importante del porcentaje de casos diagnosticados en estadios resecables.
4. Entre las variables estudiadas como posibles factores influyentes en el momento del diagnóstico, en general no se observa diferencias significativas entre ambos periodos. La diferencia más relevante encontrada en el estudio es el mayor porcentaje de casos con estudio endoscópico en el segundo periodo.

Bibliografía:

A disposición de los interesados en el comité editorial