

Incidencia de carcinoma gástrico en Cali

Didier Eduardo Camacho, M.D.¹, Yolanda Rengifo, M.D.¹, Hugo Hurtado G., MSP, MBE², Tito Collazos³

RESUMEN

El objetivo de este estudio fue conocer el comportamiento del cáncer gástrico en Cali, Colombia, durante 1990, observar su evolución a través del tiempo y analizar algunas variables utilizadas por el registro poblacional de cáncer de Cali. Se estudiaron 302 casos nuevos de cáncer gástrico en residentes de la ciudad, 131 (43.4%) mujeres y 171 (56.6%) hombres. La relación hombre/mujer fue 3:2. La edad promedio para hombres y mujeres fue 63 años. La mayor proporción de los casos, 47.7%, se encontró en los estratos 1 y 2 de la clase socioeconómica baja. El diagnóstico de cáncer gástrico se confirmó histológicamente en 70.9% de los casos, y en 14.6% por certificado de defunción.

El cáncer gástrico es una enfermedad de distribución mundial. Aunque su incidencia varía mucho, es particularmente alta en Japón, Chile, Costa Rica, Colombia, China, Portugal, Islandia, Finlandia, Escocia y muy inferior en Estados Unidos, Gran Bretaña, Canadá, Australia, Grecia y Nicaragua. Aún es la causa principal de muerte por cáncer en los países donde tiene una alta incidencia¹.

En Japón, a comienzos de la década de 1960, los gastroenterólogos alarmados por la alta incidencia de cáncer gástrico, comenzaron a tamizar mediante la endoscopia a su población adulta para evidenciar en forma temprana la enfermedad. Definieron el cáncer gástrico precoz como el tumor confinado a la mucosa o submucosa. Este término equivale al de carcinoma superficial diseminado, que en Japón corresponde a 33% de los cánceres de estómago, mientras que sólo representa 5% en Estados Unidos y Europa².

La razón de este estudio es observar el comportamiento de las variables ana-

lizadas por el registro poblacional de cáncer en Cali y confrontarlas con los hallazgos descritos por la literatura médica mundial para el cáncer gástrico. Se definió 1990 como el año de estudio, por estar en el período epidemiológico quinquenal de 1987 a 1991.

METODOLOGÍA

El Registro Poblacional de Cáncer en Cali (RPCC)³, ubicado en el Departamento de Patología, Universidad del Valle, Cali, Colombia, registra desde 1962 la incidencia de los tumores malignos de la población residente en el área urbana. Tiene como objetivo conocer la distribución de la enfermedad por sitio primario del tumor, edad, sexo, método de diagnóstico, nivel socioeconómico y lugar de nacimiento.

El funcionamiento del registro se basa en la obtención de datos en 2 formas: a) continua, que consiste en la recolección constante de las fuentes (hospitales, clínicas, laboratorios de patología en centros asistenciales y particulares), y b) en una encuesta periódica anual a los médicos privados, hecha por los estudiantes de medicina de pregrado. Una vez obtenida la información se procede a analizarla críticamente, se valora la solidez de los datos, se depura la información, se identifican los duplicados, se comparan los casos nuevos con el registro acumulado y, por último, se codifican todas las varia-

bles. Para el sitio primario del tumor se utiliza la Clasificación Internacional de Enfermedades para Oncología (CIE-O)⁴.

En el estudio se utilizaron las encuestas de morbilidad por casos de cáncer diagnosticados durante 1990. Del total se hizo una nueva selección por sitio primario del tumor de cáncer gástrico, cuyo código según la CIE-O corresponde a 151. Una vez reunidos todos los casos (401), se reclasificaron por sitio de residencia habitual en residentes y no residentes en Cali. Los residentes en Cali fueron 171 hombres y 131 mujeres para un total de 302 casos objeto del estudio. En estos se analizaron las variables utilizadas por el RPCC.

Para el cálculo de las tasas de incidencia se utilizaron las proyecciones de población de Rico & Bayona para Cali⁵.

RESULTADOS

La tasa de incidencia anual de cáncer gástrico en Cali para 1990 fue 20.1 por 100,000 habitantes para hombres, 13.1 por 100,000 para mujeres y 18.5 para el total en el período 1987-1991. En la Figura 1 se observa la tendencia por períodos quinquenales para el período 1962-1991.

En la distribución por sexo predominó el masculino, con 57% del total de casos y 43% mujeres. La edad de las mujeres se distribuyó en un rango que

1. Postgrado en Salud Pública, Escuela de Salud Pública, Facultad de Salud, Universidad del Valle, Cali, Colombia.

2. Profesor Titular, Departamento de Salud Pública, Escuela de Salud Pública, Facultad de Salud, Universidad del Valle, Cali, Colombia.

3. Candidato al Magister en Epidemiología. Coordinador, Registro Poblacional de Cáncer, Departamento de Patología, Facultad de Salud, Universidad del Valle, Cali, Colombia.

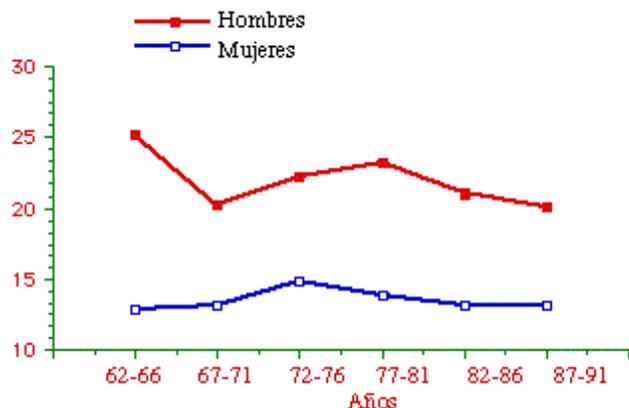


Figura 1. Incidencia anual de cáncer de estómago, Cali 1962-1991.

Cuadro 2
Cáncer Gástrico por Nivel Socioeconómico en Residentes de Cali, Colombia, 1990

Nivel socio-económico ^a	Nº de casos (%)		Total casos (tasa) ^b
	Mujeres	Hombres	
Baja-Baja	17 (13.0)	21 (12.3)	38 (10.3)
Baja	49 (37.4)	57 (33.3)	106 (18.7)
Media-Baja	38 (29.0)	40 (23.4)	78 (19.1)
Media-Media	3 (2.3)	3 (1.8)	6 (10.1)
Media-Alta	9 (6.9)	8 (4.7)	17 (8.8)
Alta	1 (0.7)	6 (3.5)	7 (12.0)
Sin dato	14 (10.7)	36 (21.0)	50
Total	131 (100.0)	171 (100.0)	302 (18.5)

- a. Se usó la clasificación según el barrio de residencia (CAM, Cali). Unidad Regional de Salud de Cali, Oficina de Información y Sistemas.
- b. Por 100,000. El Cali de hoy, DAP, 1989.

Cuadro 3
Incidencia de Cáncer Gástrico por Edad y Sexo en Residentes de Cali, Colombia, 1990

Edad	Incidencia*		
	Mujeres	Hombres	Total casos
25-34	3 (1.9)	7 (5.3)	10 (3.4)
35-44	10 (10.1)	7 (7.8)	17 (9.1)
45-54	18 (27.8)	25 (43.6)	43 (35.2)
55-64	32 (76.6)	39 (107.8)	71 (91.1)
65-74	32 (41.5)	39 (216.2)	71 (174.7)
75-84	25 (253.6)	38 (514.1)	63 (365.2)
≥ 85	9 (276.2)	7 (412.2)	16 (322.8)
Desconocido	2	9	11
Total	131 (13.1)	171 (20.1)	302 (18.5)

* Por 100,000

osciló entre 26 y 99 años y la edad de los hombres entre 28 y 90 años. La edad promedio en las mujeres fue 63.1 años con una desviación estándar de 14.9 y para los hombres 63.6 años con una desviación estándar de 14.

El cáncer gástrico se presentó con mayor frecuencia en las mujeres en la edad de 61 años y en los hombres en la de 70 años. El Cuadro 1 muestra la distribución de la incidencia por edad y sexo, ratificando la información proporcional ya mencionada. Los hombres (20.1) tienen un riesgo relativo de 1.5 frente a las mujeres (13.1) y la fuerte tendencia es a un mayor riesgo a medida que aumenta la edad.

La proporción de cáncer gástrico en Cali fue particularmente mayor en los estratos socioeconómicos bajos, tanto en hombres como en mujeres (Cuadro 2).

Cuadro 1
Cáncer Gástrico según Método Diagnóstico en Residentes de Cali, Colombia, 1990

Método diagnóstico	Nº de casos (%)		Total casos (%)
	Mujeres	Hombres	
Histología	88 (67.2)	126 (73.7)	214 (70.9)
Cert. defun.	28 (21.4)	16 (9.4)	44 (14.6)
Clínica	10 (7.6)	24 (14.0)	34 (11.3)
Varios*	5 (3.8)	5 (2.9)	10 (3.2)
Total	131 (100.0)	171 (100.0)	302 (100.0)

* Endoscopia, imagenología, cirugía exploratoria

El riesgo más alto, por encima de la tasa de incidencia general (18.5) se da en los estratos bajo y medio bajo (18.7 y 19.1). Si se obtiene el riesgo relativo como razón de estas tasas, contrastada con la más baja del estrato medio alto (8.8) se obtendría que aquellas tienen más de dos veces mayor incidencia (2.1 y 2.2 respectivamente)⁶.

Para los residentes en Cali se puede afirmar que en 70.9% de los casos, el carcinoma se diagnosticó histológicamente; apenas 14.6% tuvieron como única evidencia diagnóstica el certificado de defunción (Cuadro 1).

De los 302 casos en los residentes en Cali, 19.5% nacieron en el Departamento del Valle, 11.9% en el Departamento del Cauca, 7.9% en Nariño y 7.9% en el Departamento de Caldas.

DISCUSIÓN Y ANÁLISIS

Se observó que el comportamiento de la incidencia del cáncer gástrico en Cali para hombres, descendió a través del tiempo de 25.2 a 20.1 por 100,000 habitantes que coincide con la tendencia descrita para otros países. Para las mujeres permaneció estable en los extremos quinquenales con tasas de 12.8 y 13.1 por 100,000, con un pico en el período 1972-1976 de 14.8 por 100,000.

Aunque la distribución por sexos en los países con incidencia alta², mantiene una relación hombre/mujer de 2:1, en Cali para 1990 la relación es 3:2.

La edad de aparición del cáncer gástrico no es frecuente en

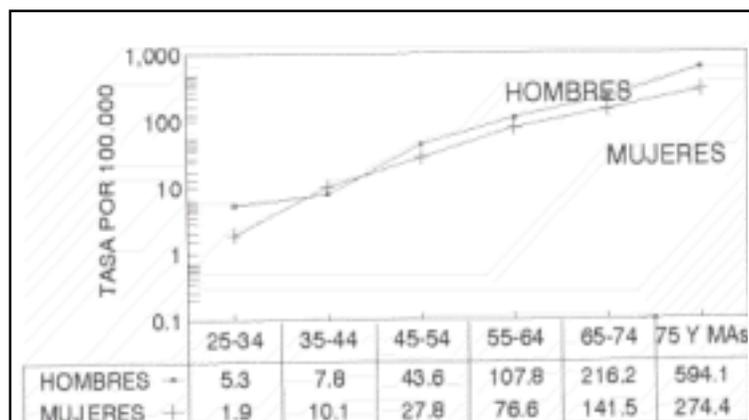


Figura 2. Incidencia de cáncer de estómago según grupos de edad y sexo. Cali, 1990.

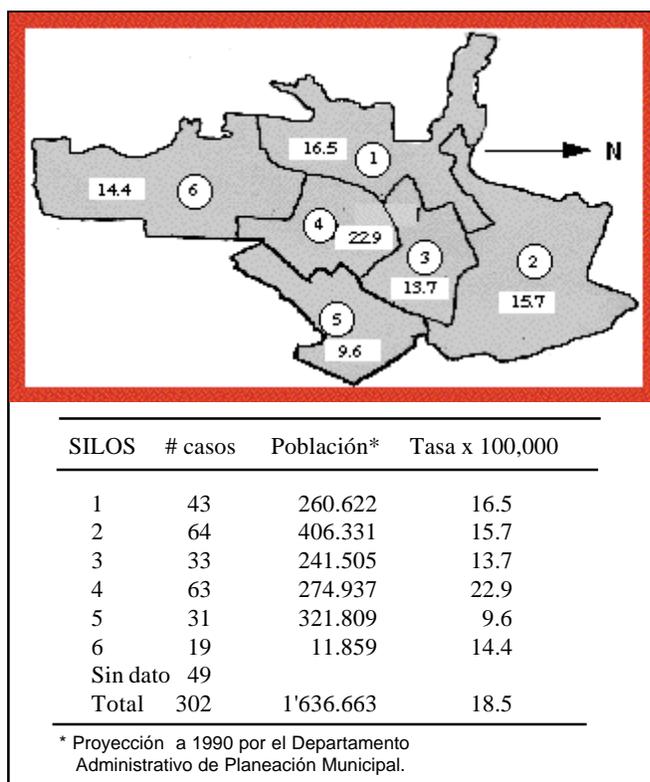


Figura 3. Mapa epidemiológico para cáncer gástrico por SILOS. Tasas x 100,000, Cali, 1990.

menores de 30 años, y muestra la mayor incidencia en los mayores de 50 años. Sin embargo, en Japón, donde se considera la enfermedad como endémica, la edad de aparición es aún más baja². Este proceso se comienza a observar en Cali, pues en este estudio se encontraron 4 casos en menores de 30 años. No hubo diferencia significativa para los promedios de edad en hombres (63.6) y mujeres (63.3) con un valor $p > 0.05$.

El riesgo para cáncer gástrico en hombres es más alto, tasa de

20.1 por 100,000, que para mujeres una tasa de 13.1 por 100,000. Este riesgo en hombres es más alto desde la edad más temprana a excepción del grupo 35-44, y se mantiene así en todos los grupos etáreos (Cuadro 1). En Estados Unidos de América el riesgo es particularmente mayor en los estratos socioeconómicos bajos de la población, observación que se ha usado para explicar la alta frecuencia del tumor entre los negros americanos y el hecho que la incidencia de la enfermedad en ellos no haya declinado tan rápidamente como en la población blanca².

Con la evidencia histológica como el método diagnóstico de mejor confiabilidad, se vio que la distribución relativa según el tipo de diagnóstico en el presente estudio fue muy similar a la japonesa⁷ pues para hombres la histología en Cali fue 74%, en Japón 75%; certificado de defunción en Cali, 9.4%; y en Japón, 14%. Para mujeres la histología en Cali fue 67%; en Japón, 68%; certificado de defunción en Cali, 21% y en Japón, 18% (Cuadro 3).

«A pesar de que sus causas son desconocidas, se ha visto que en los migrantes de áreas de alto riesgo a áreas de bajo riesgo hay una declinación en la incidencia, esto sugiere la existencia de factores ambientales en su patogénesis²». Para Cali, la característica epidemiológica dominante es el riesgo entre los individuos que vienen de zonas ubicadas en la región andina montañosa⁸. De los residentes de Cali, 33.3% eran originarios de zonas de montaña, zona considerada de alto riesgo para el cáncer de estómago.

Sobre la distribución de los casos residentes en Cali, es interesante construir un mapa epidemiológico por sistemas locales de salud (SILOS) como una información adicional para los estudios de seguimiento de cáncer gástrico realizados en Cali (Figura 3).

A manera de comentario final, se encontró como limitante del estudio que en muchas encuestas no se diligenciaron ciertas variables como nivel socio económico o el departamento de nacimiento. Se sugiere al cuerpo médico mejorar la calidad de la información para su registro para ayudar a definir con más precisión el perfil epidemiológico de este tipo de cáncer en Cali.

AGRADECIMIENTOS

Los autores reconocen con gratitud la excelente colaboración prestada por el doctor Hernán Ramírez (QEPD), Profesor Asociado del Departamento de

Patología, Facultad de Salud, Universidad del Valle, Cali, sin cuyo auxilio este trabajo no se habría podido realizar. Las labores de guía y dirección del doctor Ramírez en el planeamiento y desarrollo de esta investigación fueron, en verdad, elemento valioso para su cumplimiento cabal.

SUMMARY

Behavior of gastric carcinoma in Cali, Colombia, during 1990, its evolution through time as well as analyses of several variables used at the Cali population based register were assessed. A total of 302 new cases was studied among residents of the city,

171 (56.6%) males and 131 (43.4%) females, with a ratio male/female of 3.2. Mean age in both sexes was 63 years. The highest number of cases, 47.7%, occurred in strata 1 and 2 of low socioeconomic level. Identification of the disease was made by histopathology in 70.9% of cases while only 14.6% came from death certificate.

REFERENCIAS

1. Robbins SL. *Patología estructural y funcional*. México, Nueva Editorial Interamericana S.A., 2ª ed. 1984, pp. 901-04.
2. Rubin E, Ferber J. *Pathology*. Philadelphia, JB Lippincott Co, 1988, pp. 656-61.
3. Collazos T. *Manual sobre el funciona-*

miento y manejo del Registro Poblacional de Cáncer de Cali. Departamento de Patología, Facultad de Salud, Universidad del Valle, Cali, 1988.

4. OPS, CIE-O, publicación científica N° 34, 1977.
5. *Plan de desarrollo del Municipio de Cali*. Documento N° 07, Departamento Administrativo de Planeación Municipal, Cali, 1986.
6. *Clasificación socioeconómica de los barrios de Cali*. Alcaldía Municipal de Cali. Unidad Regional de Salud, Oficina de Sistemas, Cali, 1992.
7. Rico J, Bayona A. *Proyecciones de población municipios del Valle 1985-2002*. Secretaría de Salud Pública. Unidad de Análisis, Proceso, Ajuste, Cali, 1990.
8. *Cancer incidence in five continents*. Vol V. International Agency for Research on Cancer and International Association of Cancer Registries, 1987.