



Revista Chilena de Cirugía

ISSN: 0379-3893

editor@cirujanosdechile.cl

Sociedad de Cirujanos de Chile  
Chile

CORTÉS L., E.U. SOLANGE; CSENDES J., ATTILA; YARMUCH G., JULIO  
Resultados de la unidad de oncología del Departamento de Cirugía de un hospital universitario (2004-  
2010)  
Revista Chilena de Cirugía, vol. 63, núm. 5, octubre, 2011, pp. 534-537  
Sociedad de Cirujanos de Chile  
Santiago, Chile

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=345531950017>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica  
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal  
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

## Resultados de la unidad de oncología del Departamento de Cirugía de un hospital universitario (2004-2010)\*

E.U. SOLANGE CORTÉS L.<sup>1</sup>, Drs. ATTILA CSENDES J.<sup>1</sup>, JULIO YARMUCH G.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Departamento de Cirugía Hospital Clínico de la Universidad de Chile. Santiago, Chile.

### Results of the oncology Unit, Department of Surgery of a university hospital

#### Introducción

Los tumores malignos en Chile constituyen la segunda causa<sup>1</sup> de muerte en la población chilena. De 90.168 fallecidos el año 2008, un 24,2%, es decir, 21.820 sujetos fallecieron por cáncer. Con el objeto de centralizar toda la información referente al tratamiento quirúrgico de los diferentes tipos de cáncer que se atienden en el Departamento de Cirugía del Hospital Clínico de la Universidad de Chile, se creó en 2004 una unidad a cargo de una enfermera universitaria dedicada a tiempo completo a esta función. El presente estudio muestra los resultados de estos últimos 7 años.

#### Método

El presente reporte es un estudio prospectivo que comenzó en mayo de 2004, cuando se creó la Unidad de Oncología a cargo de una enfermera universitaria (S.C.) especializada en cirugía de adultos. Antes de crear esta unidad, concurrió durante un mes a la unidad de seguimiento de cáncer de colon y recto de la Pontificia Universidad Católica. A su regreso se confeccionó una planilla Excel, incorporando múltiples datos de cada cáncer particular, te-

niendo una sección general de tipo epidemiológico y una sección particular, con el estudio preoperatorio, la operación efectuada, los cirujanos, la evolución postoperatoria y las complicaciones particulares de cada tumor específico, los completos hallazgos anatomopatológicos, la mortalidad y la evolución alejada con seguimiento actualizado cada 6 meses, tanto del control clínico como de registro civil en caso de defunción. Cada paciente con tumor maligno que ingresa al Departamento es registrado de inmediato en esta unidad, registrando todos los parámetros hasta el momento del alta en forma prospectiva, lo que permite tener un completo estudio en cada paciente. La enfermera encargada de esta unidad recolecta personalmente los informes de anatomía patológica, colocando uno en la ficha y guardando otra copia en esta Unidad.

#### Resultados

La Tabla 1 muestra las cifras globales registradas en forma prospectiva en esta Unidad desde mayo de 2004 hasta diciembre de 2010. Hubo un total de 3.015 pacientes atendidos, lo que da un promedio de 37 pacientes con tumores malignos atendidos por mes y cerca de 458 pacientes cada año. El 97%

\*Recibido el 14 de marzo de 2011 y aceptado para publicación el 6 de junio de 2011.

Correspondencia: Dr. Attila Csentes J.  
Santos Dumont 999, Santiago, Chile.  
acsentes@redclinicauchile.cl

**Tabla 1. Estadísticas globales de la Unidad de Oncología 2004-2010**

Operados	2.910	
No operados	105	
Total casos	3.015	
<b>Género (operados)</b>		
Femenino	1.785	61,3%
Masculino	1.125	38,7%

de estos pacientes fueron sometidos a alguna operación y todas las cifras posteriores se refieren solamente a este grupo, no incluyendo los 105 pacientes no operados. Hubo un predominio global del sexo femenino sobre el masculino, en una proporción de 1,6:1. La Tabla 2 describe la localización original de los tumores malignos operados. Se aprecia que el cáncer de tiroides ocupa un lugar muy preponderante, casi un tercio del total de los tumores malignos. En el segundo lugar se aprecia el cáncer de colon, recto y ano, los que en total corresponden al 21% de los pacientes.

El cáncer gástrico ocupa el tercer lugar. Llama la atención el alto número de pacientes operados del área hepato-bilio pancreática, ocupando un 17,1% del total de pacientes operados, es decir, 499 pacientes, o 6,3 pacientes por mes. El cáncer de mama es una patología poco frecuente en nuestro servicio, atendiendo cerca de 8 pacientes por año.

La Tabla 3 describe la distribución por edad promedio de cada cáncer en particular y las edades mínimas y máximas para cada tumor. En este último rubro se aprecia la amplia gama de distribución de edad, que va desde los 12 años hasta más de 90 años.

El cáncer de tiroides es el que con mayor frecuencia se desarrolla en personas jóvenes bajo los 50 años. Hay varios tumores con edades promedio entre los 50 y 60 años, siendo el cáncer de colon y el de esófago, los que se presentan en una edad promedio mayor que el resto.

La Tabla 4 muestra la distribución por sexo de los 15 tumores malignos más frecuentes operados entre 2004 y 2010. Hay 3 tumores que, son significativamente más frecuentes en mujeres

**Tabla 2. Localización del tumor maligno (2004-2010)**

Ubicación tumor	n	%
Tiroides	904	31,1
Colon	460	15,8
Gástrico	386	13,3
Periampular	172	5,9
Vesícula	168	5,8
Recto	145	5,0
Cabeza y cuello	77	2,6
Pulmón	75	2,6
Hígado	71	2,4
Intestino delgado	69	2,4
Partes blandas	60	2,1
Esófago	59	2,0
Metástasis hepáticas	52	1,8
Mama	48	1,6
Melanoma	43	1,5
Piel	39	1,3
Vía biliar	36	1,2
GIST gástrico	21	0,7
Metástasis pulmón	18	0,6
Anal	7	0,2
Total	2.910	

**Tabla 3. Distribución por edad de los tumores malignos (2004-2010)**

Ubicación tumor	Edad promedio (años)	Mínimo	Máximo
Tiroides	45,7 ± 14,2	12	85
Colon	66,3 ± 13,6	20	94
Gástrico	61,2 ± 12,9	26	83
Periampular	59,5 ± 12,7	23	83
Vesícula	61,9 ± 11,8	25	88
Recto	61,7 ± 14,8	17	93
Cabeza y cuello	59,7 ± 14,8	16	86
Pulmón	61,5 ± 10,9	31	86
Hígado	62,4 ± 12,8	18	87
Intestino delgado	55,1 ± 18,7	15	89
Partes blandas	55,0 ± 17,8	20	88
Esófago	64,0 ± 9,8	42	82
Metástasis hepáticas	60,4 ± 12,6	26	82
Mama	58,9 ± 14,8	29	88
Melanoma	55,6 ± 18,2	20	88
Piel	62,4 ± 14,9	33	86
Vía biliar	61,8 ± 11,9	37	83
GIST gástrico	62,2 ± 15,1	31	93
Metástasis pulmón	53,0 ± 14,4	24	75
Anal	57,6 ± 15,1	23	74

**Tabla 4. Distribución por género 2004-2010 de los 15 tumores malignos más frecuentes**

Ubicación tumor	Mujeres		Hombres	
	n	%	n	%
Tiroides	765	84,6	139	15,4
Colon	249	54,1	211	45,9
Gástrico	145	37,5	241	62,5
Periampular	91	52,9	81	47,1
Vesícula	119	52,4	49	47,6
Recto	76	70,8	69	29,2
Cabeza y cuello	33	42,8	44	57,2
Pulmón	31	41,3	44	59,7
Hígado	36	50,7	35	49,3
Intestino delgado	29	42,0	40	58,0
Partes blandas	32	53,3	28	46,7
Esófago	27	45,8	32	54,2
Metástasis hepáticas	24	46,1	28	53,9
Mama	47	98,0	1	2,0
Melanoma	23	53,5	20	46,5

**Tabla 5. Mortalidad operatoria de tumores malignos resecados (2004-2010)**

Ubicación	n	Mortalidad	
		n	%
Tiroides	904	4	0,4
Colon	460	11	2,4
Gástrico	386	11	2,8
Periampular	172	5	2,9
Vesícula	168	4	2,4
Recto	145	2	1,4
Pulmón	75	4	5,3
Hígado	71	3	4,2
Intestino delgado	69	3	4,3
Partes blandas	60	2	3,3
Esófago	59	3	5,1
Metástasis hepáticas	52	3	5,8
Vía biliar	36	3	8,3
Cabeza y cuello, mama, melanoma, piel, GIST, metástasis pulmón, anal	253	0	0
Global	2.910	58	2,0

que en hombres: tiroides, vesícula y mama. Por otra parte, el cáncer gástrico es el único más frecuente en hombres. El resto de los tumores tiene una distribución similar en ambos sexos. En la Tabla 5 se detalla la mortalidad operatoria, definida hasta los 30 días o durante la hospitalización si esta era mayor a 30 días. La mortalidad global es de un 2,0%. Hay algunas intervenciones de alta complejidad como la esofagectomía con un 5,1% de mortalidad y la resección hepática por metástasis con un 5,8% de mortalidad. Cirugías complejas como la pancreatoduodenectomía o la gastrectomía total tienen un 2,9 y un 2,8% de mortalidad respectivamente.

## Discusión

El presente reporte demuestra que el trabajo de unidades como esta, permiten realizar un estudio prospectivo de los tumores malignos que se atienden en una unidad clínica. Es probable que sea la única unidad de este tipo en un hospital general del país, excluyendo los 2 hospitales dedicados exclusivamente al tratamiento del cáncer. Desconocemos la realidad de estos centros en cuanto al tipo de tumores que atienden, ya que son centros de atención integral de cualquier tipo de tumor maligno. Nuestro departamento ha sido permanentemente un centro de referencia nacional de patología digestiva alta y baja, lo que explica que 1.646 pacientes (56,6%) del total de operados correspondan a estas localizaciones. Llamamos la atención los siguientes hechos:

- La alta tasa de cáncer de tiroides operados, correspondiendo a un tercio del total de tumores malignos, lo que significa 12 pacientes al mes. Esto se debe en parte al prestigio ganado por varios distinguidos cirujanos y por otra parte, a la dedicación exclusiva de 3 cirujanos que operan exclusivamente patología de cabeza y cuello, incluyendo tiroides y cirugía endocrinológica.
- El sistema digestivo en el Departamento se ha subdividido en 3 secciones, cada uno de ellos dedicado a ciertos tumores: 1) Esófago-gástrico; 2) hepatobiliopancreático y 3) coloproctología. La creación y desarrollo de estos equipos desde hace varios años ha permitido, por una parte, una importante especialización en el manejo de cirugías complejas y, por otra parte, concentrar un importante número de pacientes complejos, de edad avanzada y con tumores de difícil manejo. Ha permitido también el desarrollo de la cirugía laparoscópica para el tratamiento quirúrgico de ellos, en especial para el cáncer de colon y recto, así como de esófago. También se destaca la baja mortalidad de estas cirugías pese a su alta complejidad.

Como ejemplo, la mortalidad de la pancreatoduodenectomía de 2,9%, la gastrectomía total de 2,8%, la esofagectomía de 5,1% y la resección hepática por metástasis de 5,8%; lo que demuestra la importancia de tener un hospital con alto volumen de pacientes y cirujanos con alto volumen de operaciones<sup>2-5</sup>.

- c) La cirugía del cáncer mamario es muy escasa en nuestro servicio, ya que el Departamento de Ginecología ha absorbido a la mayoría de estos pacientes. Desconocemos en la realidad chilena de los hospitales públicos, quien atiende a estos pacientes, pero en clínicas privadas hay grupos dedicados sólo a esta patología, la mayoría siendo cirujanos generales.

La experiencia presentada, inédita en Chile, muestra la enorme utilidad de tener una unidad especializada inserta en los grandes servicios de cirugía del país, que permite realizar un completo estudio prospectivo y un seguimiento muy acabado, que permite tipificar las lesiones, comprobar la utilidad de los procedimientos quirúrgicos y evaluar la real

sobrevida a 5 años de cada uno de los tumores de acuerdo a la etapa evolutiva de cada uno de ellos.

## Referencias

1. INE. Estadísticas de Mortalidad, 2008.
2. Dimick JB, Wainess RM, Couvan JA, Upchurch GR. National trends in the use and outcome of hepatic resection. *J Am Coll Surg*. 2004;199:31-8.
3. Schrag D, Cramer LD, Badi PB, Cohen HM, Waner K. Influence of hospital procedure volume on outcome following surgery for colon cancer. *JAMA* 2000;284:3028-35.
4. Deairs KM, Smith BR, Hinojosa MW, Nguyen NT. Outcomes of esophagectomy at Academic Centers: an association between volume and outcome. *Amer Surg*. 2008;74:939-43.
5. Eppsteiner RW, Csiksz NG, McPee JT, Tseng J. Surgeon volume impacts hospital mortality for pancreatic resection. *Ann Surg*. 2009;249:635-40.
6. Allareddy V, Allareddy V, Konety BR. Specificity of procedure volume and In hospital mortality association. *Ann Surg*. 2007;246:135-9.