

Clínica Quirúrgica F Hospital Pasteur y Laboratorio de Patología y Experimentación.
Montevideo

EL PROBLEMA DE CÁNCER DEL ESTÓMAGO EN EL URUGUAY (*)

A propósito de datos estadísticos sobre
119 observaciones

Dres. P. Larghero Ybarz, I. Cabrera, H. Cardeza y R. Minatta

Esta comunicación, realizada sobre la base de la meticulosa, seria e ímproba tarea analítica de los documentos clínicos, radiológicos y patológicos de mi Archivo, por parte de mis colaboradores, no tiene como objetivo aportar soluciones técnicas, ni discutir las, y carece de toda finalidad práctica inmediata.

A través de la experiencia personal de 18 años de cirugía gástrica y de algo menos de 3 años en la Clínica, hemos considerado que estas cifras constituyen un pretexto y al mismo tiempo una obligación, para plantear, ante la Sociedad de Cirugía, el paoroso problema del cáncer de estómago en nuestro medio y sugerir las medidas que pueden ser procedentes para que dentro de diez años, digamos los porcentajes, puedan ser rectificadas.

Esta rectificación, para ser útil a nuestros pacientes, debe venir, no tanto de un X más o menos por ciento de sobrevidas operatorias, que a veces se puede invertir con unos cuantos casos más operados, sino de un descenso terminante del porcentaje de cánceres del estómago que lleguen al cirujano en condiciones de inoperabilidad.

El problema del cáncer del estómago, no es asunto de técnica; es específicamente un problema de diagnóstico precoz en cuya responsabilidad, más que el cirujano están comprometidos el propio enfermo, el médico a quien se consulta en primera instancia y el radiólogo.

Comunicación presentada en la sesión del 22 de junio de 1949.

En el programa de la lucha contra el cáncer, el del estómago es el objetivo N° 1.

Frecuencia del cáncer gástrico

En 1940, en Estados Unidos (1), los cánceres digestivos y del peritoneo representan el 55,2% del total de muertes por cáncer: 36,5 % de este grupo para el cáncer gástrico, 27,5% intestino, 13,4 % hígado y vías biliares, 12,2% recto y ano. En Inglaterra el 36,4% de cánceres digestivos y peritoneales corresponden al estómago, y en Alemania la tremenda cifra es de 55,3% para cánceres del estómago.

En Estados Unidos la mortalidad por cáncer es vecina en frecuencia a la de las afecciones cardiovasculares; de las 150.000 muertes por cáncer y por año, 40.000 se deben a cáncer del estómago (2).

En el Uruguay la cifra de mortalidad global, era en 1947 de 20.139 personas; el 15% por cáncer; este por ciento es algo superior al de la tuberculosis e inferior en pocos cientos a las afecciones cardiovasculares. Es decir, que 3092 personas mueren anualmente por cáncer; 630 según los diagnósticos médicos corresponden a cáncer del estómago. Si asignamos al cáncer del estómago el por ciento de incidencia mediano de los de otros países (35%) se alcanzaría la cifra de 840 muertos anuales por cáncer del estómago; es probable o seguro que muchos de los diagnósticos de defunción por cáncer del hígado, corresponden a metástasis de cáncer gástrico.

El cáncer del estómago es el más frecuente de todos los tumores malignos. Pack y Livingstone (3) han dicho en 1939: "Hay más muertes por cáncer del estómago que por todos los tumores reunidos de labio, lengua, mejilla, amígdalas, faringe, laringe, glándulas salivares, tiroides, glándula mamaria masculina y femenina, ovario, útero y cuello del útero".

(1) Pack, G. T. and McNeer, G. — The incidencia of gastric cancer. International Abstract of Surgery, Vol. 86, 521-534. 1948.

(2) Cramer, W. — The importance of statistical investigations in the campaign against cancer. Am. J. Cancer, 29:1, 1937.

(3) Livingstone, E. M. and Pack, G. T. — End results in the treatment of gastric cancer. New York, Paul Hoeber. 1939.

Aunque con variaciones de una región a otra en cuanto a incidencia de cáncer para un determinado órgano, la tasa de mortalidad por cáncer del estómago, comprende del 25 al 40% de todas las muertes por cáncer.

DIAGNOSTICO RETARDADO, MORTALIDAD OPERATORIA Y POBRES RESULTADOS ALEJADOS DE LA CIRUGIA

La tremenda incidencia del cáncer gástrico se agrava aún por tres factores:

1º Diagnóstico tardío. Aproximadamente sólo el 25% de los pacientes con cáncer gástrico son candidatos apropiados para una operación curativa (Wangenteen). Tal porcentaje se refiere a enfermos con lesión estrictamente gástrica, limitada y sin propagación ganglionar ni regional ni aún vecina, yuxtapéptica. En nuestra experiencia, tal condición ha sido la excepción; en la casi totalidad de casos, uno o varios o todos los ganglios gástricos y regionales estaban invadidos, o el estómago tomado en extensión.

2º La elevada mortalidad operatoria, de la cual es menos responsable la técnica que lo avanzado de las lesiones y el mal estado de nutrición de los enfermos.

3º Pobres resultados alejados.

Walters, Gray y Priestley (1) afirman que solamente el 6% de los enfermos de cáncer gástrico, llegan a vivir más de 5 años.

Mortalidad operatoria y pobres resultados alejados, son consecuencia del diagnóstico tardío. Sin embargo, pasado este período, las probabilidades de cura definitiva son muy grandes y para ciertas estadísticas también son promisoras las cifras de sobrevivencia después de resección: en la Mayo Clinic, el 28,9% de los resecados vivían después de los 5 años, y el 20,4 % de pués de los 10 años.

El cáncer de estómago es, pues, curable; se vuelve incurable porque se diagnostica tarde. Pesa sobre este retardo en el diagnóstico la maldición de la palabra **Dispepsia**, que constituye un síndrome y jamás una enfermedad. No hay dispepsia sin causa anatómica o trastorno funcional gástrico o extragástrico.

(1) Walters, W., Gray, H., Priestley, J. — Carcinoma and other malignant lesions of the stomach. Philadelphia, W. B. Saunders Company, 1942.

Salvo raras excepciones, la digestión perturbada existe en los antecedentes inmediatos a veces bastante alejados de todo enfermo que acude al médico ya con signos de cáncer evidente. A veces los trastornos datan de varios meses o años; su larga evolución no es argumento para descartar el cáncer, porque si bien en la mayoría de los casos el neoplasma gástrico es de elevado grado de malignidad y precozmente invasor, estos tumores pueden progresar lentamente y en su lugar, durante largos períodos de tiempo.

Colocado el problema en términos realísticos, quedan en nuestro medio largos años de lucha contra las causas más accesibles de diagnóstico tardío antes de ir a la aplicación de métodos de exámenes colectivos radiológicos por la foto fluorografía que han sido ensayados en el Johns Hopkins Hops. (Baltimore) en Estados Unidos, y a la creación de los centros de detección del cáncer gástrico (1). La forma solapada y sorpresiva de la enfermedad, nos es por ahora intangible. La educación del público forma parte de un plan cuyo desarrollo será forzosamente lento, y en el cual hay que proceder con conocimiento de la psicología humana y que va a insumir varios años antes de dar resultados positivos. Pero existen a nuestro alcance tres elementos que bien explotados podrán ser eficaces y a breve plazo:

1) **El tratamiento radical de toda úlcera del estómago.** Hay sobre este tema conciencia formada entre todos los cirujanos; pero cuesta convencer a los médicos y mismo a algunos gastroenterólogos, que la úlcera callosa de la pequeña curvatura, por típica que ella sea, tanto clínica como radiológicamente, es en el 10 al 15% de los casos un úlcero cáncer. Más aún: cuando la úlcera es prepilórica, hay tres probabilidades contra una, de que ella sea un úlcero cáncer. En 111 úlceras gástricas callosas de la estadística del material de nuestro Laboratorio, hecha por Lorenzo y Lozada y Piovano, 17 estaban cancerizadas (15,31%).

Un radiólogo puede afirmar a veces que una úlcera está cancerizada, pero no puede afirmar jamás que no lo está, particularmente con las prepilóricas o bajas de la pequeña curvatura.

(1) Roach, J. F., Sloan, R. D., Morgan, R. H. — The detection of gastric carcinoma by photo fluorographic methodo, The Amer. J. of Roentg and Radium Therapy. Vól. 61, p. 188, Feb. 1949.

2º **La sospecha inmediata de cáncer del estómago en todo enfermo, cualquiera que sea su edad, que se presenta al médico acusando una dispepsia.** Es necesario formar conciencia entre los médicos que el diagnóstico del cáncer del estómago no debe esperar la sintomatología completa (dolor, adelgazamiento, anorexia, anemia, hemorragias y tumor palpable, sean estos síntomas juntos o variablemente combinados) sino que debe basarse sobre el síndrome mínimo de digestión perturbada en un sujeto anteriormente sano o con dispepsia de larga data. Con estos elementos debe imponerse de inmediato el examen radiológico hecho por radiólogo de carrera, el tubaje para estudio funcional y la gastroscopia, si ello fuera necesario.

El progreso en el diagnóstico precoz del cáncer del estómago, sería sensible si todo médico se conforma a una directiva sencilla, práctica y precisa, porque dentro de las posibilidades humanas no puede fallar nunca; ella es: todo enfermo de más de 35 años a 40 (o de menos) que sin antecedentes de dispepsia ulceroosa comienza a sufrir del estómago, puede tener un cáncer gástrico y puede tenerlo: cualquiera que sea el tipo de sufrimiento (dolor, pesadez, eructos); cualquiera que sean los síntomas agregados: con o sin dolor, con o sin vómitos, con o sin inapetencia, con o sin anemia (aún con 5.000.000 de glóbulos y con 90 % de hemoglobina), con o sin adelgazamiento; sea con clorhidria gástrica normal, hipoclorhidria, anaclorhidria y aún hiperclorhidria; con o sin acalmia con alcalinos o algún otro medicamento.

Frente a este hecho, la ecuación dispepsia más diagnóstico clínico es igual a tratamiento, conduce al desconocimiento de los casos en que esa dispepsia es por cáncer gástrico. La fórmula de conducta debe ser: **dispepsia de cualquier tipo no debe ser tratada antes de hacer el diagnóstico causal, y en este diagnóstico el radiólogo ocupa un lugar dominante.**

En nuestra segunda serie de 63 casos, solamente el 12% de los enfermos fué estudiado a los rayos X a raíz de su primera consulta al médico. Pero más aún: si el enfermo tiene antecedentes de ulcus gástrico o duodenal, el médico no debe olvidar:

a) Que el ulcus duodenal no se transforma jamás en cáncer; pero que en un sujeto con ulcus duodenal comprobado, puede aparecer un cáncer gástrico;

b) Que la úlcera gástrica crónica no cura jamás por tratamiento médico;

c) Que ella se transforma con frecuencia variable, pero no menor del 10 al 15% en cáncer;

d) Que cuando esa transformación se acusa con síntomas clínicos, corresponde ya a un cáncer avanzado;

e) Que esta transformación cuando da signos radiológicos, corresponde también a un cáncer avanzado, por discretos que sean estos síntomas.

En efecto, la úlcera crónica terebrante destruye y amputa la musculosa y su fondo queda constituida por la reacción plástica del peritoneo o por una víscera (páncreas). En estas condiciones el cáncer que nace en el fondo de una úlcera, es ya de entrada un cáncer avanzado y sin remedio, aún cuando sea de pequeño tamaño. Esto último debe saberlo también el radiólogo, para imponer la resección gástrica y no sugerir reiteraciones del examen radiológico ni esperar la aparición de síntomas confirmatorios a la pantalla. El diagnóstico de transformación neoplásica de una úlcera no debe esperar ni de los signos clínicos ni de los radiológicos. Toda úlcera gástrica debe ser reseca y es sobre las piezas de resección de úlcera que el patólogo descubrirá el cáncer incipiente.

Ha dicho Finsterer que si el úlcero cáncer que llega al cirujano hubiera sido reseca 6 a 12 meses antes, la tasa de curaciones definitivas alcanzaría al 90 %.

3) El diagnóstico radiológico del cáncer del estómago en su etapa útil, para una terapéutica radical con vistas a la curación, es el mejor test para distinguir entre los que se debe llamar radiólogo y el poseedor de un aparato de rayos X.

La estenosis pilórica con estómago en palangana, los grandes tumores vegetales intragástricos, las imágenes groseras de amputación total del antro, pueden ser vistos con cualquier equipo de rayos X y por cualquier médico; pero este diagnóstico no tiene valor práctico, porque corresponde a formas de cánceres que han desbordado toda posibilidad de cura.

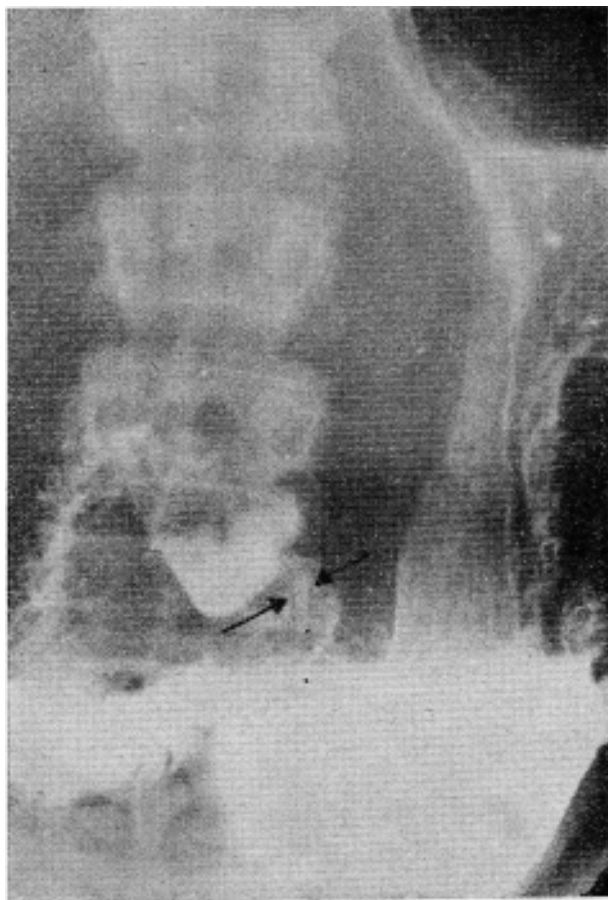
Estudio radiológico de estómago no es radioscopia sola ni radiografía sola; son ambas combinadas, repetidas y realizadas con buena técnica, con buen equipo y por quien sepa interpretar su imágenes.

El diagnóstico de estómago normal, hecho sobre la base de un examen radioscópico o de placas defectuosas, es un azar, si el enfermo realmente no tiene lesiones; pero si ellas aparecieran evidentes en ese enfermo un tiempo después, entonces el primer examen no fué un error, sino un delito. Dada la fe que los enfermos y médicos depositamos en el radiólogo, y el crédito que nos merece su opinión, la responsabilidad se vuelve tremenda para el especialista. El error es admisible y justificado cuando se han llenados todas las condiciones de conocimiento y de aplicación técnica para evitarlo. El radiólogo puede comprometer la salud del enfermo, cuando comprobada una úlcera gástrica, pretende encontrar los signos radiológicos de una cancerización con la ayuda de exámenes hechos a uno o dos meses de intervalo. Basta con la comprobación de una úlcera gástrica, cualquiera que sea su localización, para imponer la resección. El examen de las placas de los enfermos en las cuales el patólogo ha denunciado la cancerización, permite a veces interpretar ciertos signos como sugestivos de esta transformación, pero a veces no hay en ellos nada que los diferencie de los signos radiológicos de una úlcera callosa sin transformación neoplásica.

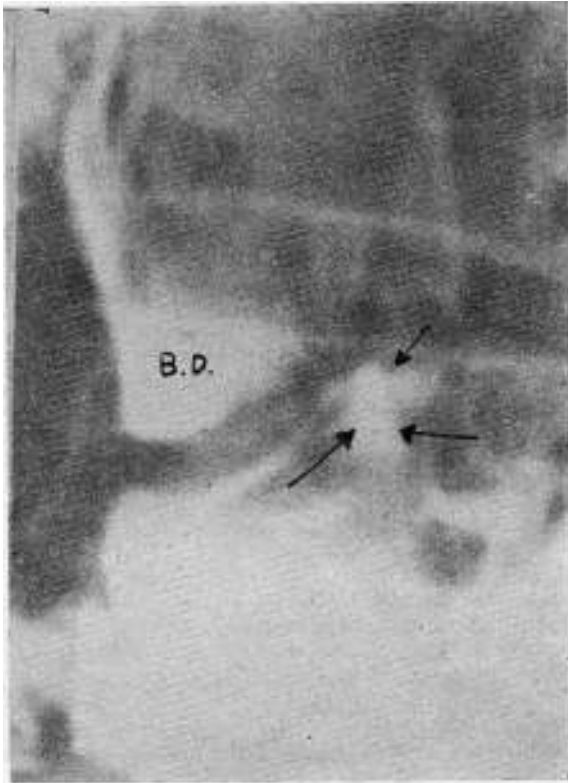
La observación que va a continuación es ejemplo de una situación no rara, en la cual, ni clínica, ni radiológicamente ni en el acto operatorio puede hacerse el diagnóstico de transformación neoplásica de una úlcera que tiene todas las apariencias de un ulcus calloso. La transformación epiteliomatosa existía al microscopio en uno de los bordes de la lesión y pese a su carácter microscópico, el enfermo, al cual se le practicó una gastrectomía subtotal, falleció 2 ½ años después con metástasis hepáticas.

OBS. V. F. 40 años. Hombre. — Dispepsia desde 6 meses Dolores postprandiales tardíos, de intensidad creciente Hipoclorhidria acentuada al tubaje con histamina.

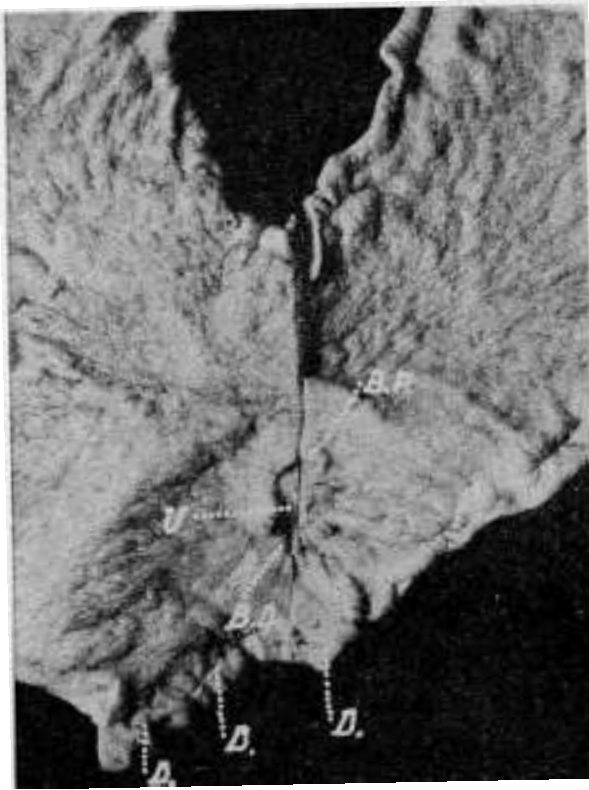
Diagnóstico radiológico: Ulcus antral, prepilórico. Gastrectomía subtotal. Muerte 2 ½ años después, con metástasis hepática.



Obs. V. F. — El estómago aparece en el examen con repleción de forma alargada con su fondo dilatado. Existe una irregularidad en la pequeña curvatura, en la zona prepilórica que aparece con pérdida de la flaccidez, comprobándose en el examen con discreta compresión a ese nivel, una mancha que corresponde a un depósito de bario en el cráter de un nicho. El píloro está excéntrico. Duodeno: s/p.



Obs. V. F. Se observa mejor la excentricidad del pfloro y la forma irregular del nicho. B.D. Bulbo duodenal.



Obs. V. F.
FIG. 1. — La pieza de resección gástrica ha sido incindida a lo largo de la gran curvatura. D-D. Duodeno. U. Úlcera ovalada situada en la cara post. del canal pilórico. Su borde distal (B.D.) es saliente, cortado a pico; su borde proximal (B.P.) es liso, en pendiente. S-S-S. Corte de sección longitudinal.

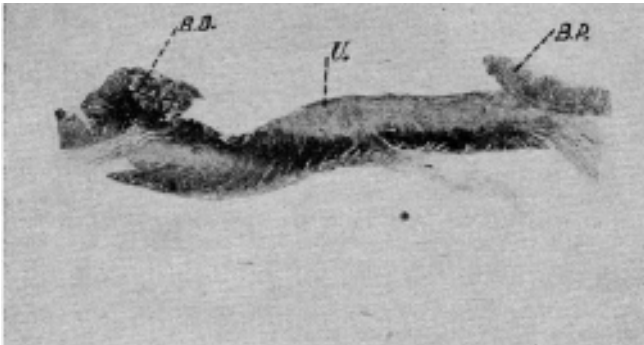


FIG. 2. Microfotografía topográfica del corte de sección de la úlcera (U); B.P. Borde proximal; B.D. Borde distal, saliente en rodete. Puede observarse ya el aspecto atípico de la mucosa de este borde, comparándola con la del proximal.

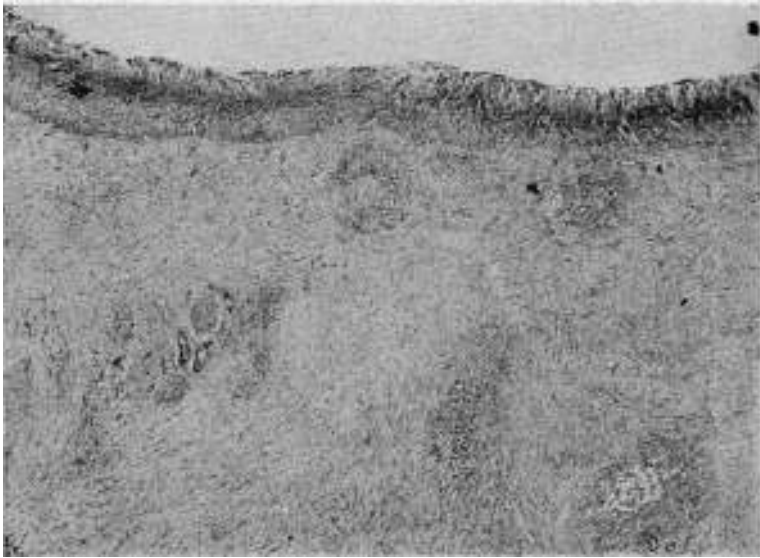


FIG. 3. — El fondo de la úlcera (U.) de aspecto calloso.

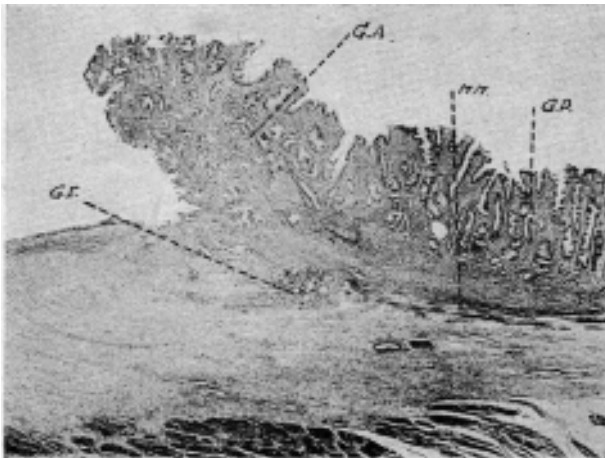


FIG. 4. — Borde proximal B.P.; G.P. Glándulas pilóricas; G.A. Glándulas con discreto atipismo, pero sin carácter neoplásico evidente; G.E. Glándulas con moderado atipismo y en situación ectópica, debajo del nivel de la muscularis mucosa M.M.



FIG. 5. — El borde distal B.D. de la úlcera. Compárese el espesor y atipismo arquitectural y celular de las glándulas, con las de la mucosa vecina, normal. Histológicamente: Adenocarcinoma.

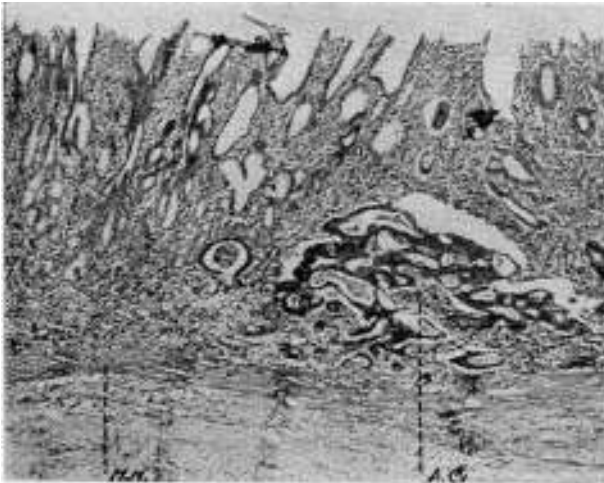


FIG. 6. — Infiltración del corion de la mucosa adyacente, normal, por tubos del adenocarcinoma (A.C.). M-M. Muscularis mucosa.

CONSIDERACIONES SOBRE 125 CASOS DE CANCER GASTRICO

Presentamos 3 series de cánceres del estómago; cada una de ellas tiene características y finalidades diferentes.

La 1ª serie fué realizada a mi pedido por un estudiante de medicina la Srta. E. Macri, y presentada en una reunión de mi interinato de Clínica Quirúrgica en 1944, para grabar con sus cifras las aristas más agudas del problema, a los estudiantes del curso.

La 2ª comprende 63 casos de cáncer del estómago, en los cuales la operación no estaba contraindicada por signos de generalización ni por el estado general. Corresponde a los casos operados desde 1930 en la práctica privada y al período julio de 1946-julio de 1947, en la clínica del Hospital Pasteur.

La 3ª corresponde a la totalidad de cánceres gástricos (operados y no operados) desde julio de 1947 a febrero 28 de 1949, en la práctica privada y en la Clínica de la Facultad de Medicina. Suma esta última 51 casos. En 160 gastrectomías realizadas por mis colaboradores o por mí, en la Clínica del Hosp. Pasteur desde el 15 de julio de 1946 al 30 de Mayo de 1949 (34 meses) 40 corresponden a cánceres (25%).

1ª SERIE

Muestra las condiciones en que ingresaron al Hospital, los 11 primeros casos de cáncer de estómago, en un período de 3 meses (Marzo-Junio 1944).

Obs. 1: 66 años. Evolución 5 semanas. Cáncer mesogástrico con invasión ganglionar y metástasis en colon. Gastrectomía paliativa.

Obs. 2: 70 años. Evolución 8 años, en dos etapas.

Obs. 3: 67 años. Evolución un año. Cáncer inextirpable. Gastroenterostomía. Muerte.

Obs. 4: 68 años. Evolución 5 años en dos etapas. Cáncer con adenopatía neoplásica adherente al mesocolon. Gastrectomía con resección parcial del mesocolon. Curación operatoria.

Obs. 5: 70 años. Evolución 1 mes. Cáncer inextirpable.

Obs. 6: 63 años. Evolución 3 meses. Cáncer inextirpable.

Obs. 7: 38 años. Evolución 5 años en dos etapas. Cáncer inextirpable.

Obs. 8: 70 años. Evolución 3 años en 2 etapas. Cáncer inextirpable.

Obs. 9: 54 años. Evolución 2 meses. Cáncer inextirpable. Gastroenterostomía. Muerte.

Obs. 10: 59 años. Evolución 7 meses. Cáncer inextirpable.

Obs. 11: 44 años. Evolución 8 años en 2 etapas. Cáncer inextirpable.

En suma: 11 historias; 4 con evolución de 8-5-5- y 3 años. Sospecha de úlcera cancerizada.

9 inextirpables, 1 gastrectomía paliativa con muerte, 1 gastrectomía en cáncer con propagación ganglionar y adherencia al mesocolon, con curación operatoria y muerte al año con metástasis hepática; 2 gastroenterostomías con muerte postoperatoria; 7 laparotomías exploradoras.

2ª SERIE

Período 1930-1946 de la práctica privada y julio 1946-julio 1947 del archivo de la Clínica Quirúrgica del Hospital Pasteur.

Estadística sobre 63 observaciones de Cáncer Gástrico en condiciones de operabilidad

63 casos

Hombres: 49; Mujeres: 14.

Edad: Máxima: 79 años; Mínima: 35 años.

70 a 80 años: 9 casos

60 " 70 " 19 "

50 " 60 " 15 "

40 " 50 " 13 "

30 " 40 " 4 "

Sangre (consta en 38 casos). — 5 casos con más de 5 mill. de glób. p. mm³. Hb. 100%.

14 casos con más de 4 mill. de glób. p. mm³. Hb. más de 80 %.

12 casos con más de 3 mill. de glób. p. mm³. Hb. 55 a 70 %.

7 casos con más de 2 mill. de glób. p. mm³. Hb. 28 a 53 %.

Aspecto general: Bueno en 15 casos; francamente malo en 19 (caquexia); malo en 21 casos (adelg. — anemia).

CANCERES

Síntomas iniciales:

Dolor epigástrico: 38 casos — 60,2 %.

Anorexia - Adelgazamiento: 25 casos 40,4 %.

Vómitos, pesadez, distensión epigástrica (síntomas acompañantes y menos frecuentes).

Tumoración palpable: 28 casos — 44,4 %.

Modo de evolución: En 1 sola etapa: 40 casos — 63,5 % (sufrimiento de 1 a 8 meses); en 2 etapas: 23 casos — 36,5 %.

MODO-DE EVOLUCION: En 1 sola etapa: 40 casos — 63,5 por ciento de los casos (sufrimiento de 1 a 8 meses); en 2 etapas: 23 casos — 36,5% de los casos.

1ª Etapa: Dispepsia cíclica crónica de 3 hasta 20 años.

Conclusión: Grandes probabilidades de ulcus previo.

2ª Etapa: Cambio de fisonomía del dolor: (continuidad, mayor intensidad); alteración del estado de nutrición, disfagia o síndrome pilórico.

Este porcentaje del 36,5 % de cánceres del estómago con evolución clínica, de 3 a 20 años y en dos etapas, la primera caracterizada por síntomas idénticos a los hallados en la úlcera gástrica y que permiten apoyar la hipótesis de que el cáncer ha nacido sobre una úlcera crónica, es algo más elevado que el de Lorenzo y Lozada y Piovano, encontrado en 1946 en el estudio patológico de 254 piezas de gastrectomía, del material de mi Laboratorio de Patología. De este número, 54 eran cánceres primitivos y 111 úlceras callosas del estómago, de los cuales 17 con transformación neoplásica. Quiere decir que el úlcero cáncer entra en esta estadística en el 24,2% del total de lesiones malignas del estómago.

Para tener una idea del número relativo de lesiones, reproducimos las cifras principales de esta estadística.

Cánceres primitivos	59
Úlceras gástricas callosas	94
Úlceras gástricas cancerizadas	17
Úlceras duodenales crónicas	62
Úlceras pépticas de anastomosis	10
Gastritis	8
Varias	7

De las 254 piezas, 70 eran neoplasias malignas primitivas o secundarias a una úlcera callosa (27,5%).

Rayos X: Inmediato o breve tiempo después del comienzo:

sólo 11 casos, es decir: sólo en el 12,9%.

Diferido: tardío en 87%.

Hallazgos más comunes: Imagen lacunar: 30 casos (48,3%); Rigideces: 7 casos (11,2%); Nicho: 6 casos (2 con nicho grande) 9,7%.

Resultados del tratamiento (2ª Serie)

63 casos. — 61 operados. — (45 extirpables: 74 % con criterio de operación ensanchada); 16 inextirpables: gastroenterostomía: 4; laparotomía exploradora: 12.

Gastrectomías: 45. — 74% del total de operados: 6 totales: 5 vía abdominal; 1 transtorácica; 39 subtotaes ensanchadas.

Total de operaciones: 61. — Muertes post operatorias, en la primera semana, 13 casos en 61, 21,4%; muertes post operatorias, en la 1ª semana, por gastrectomía, 11; sobrevidas operatorias por gastrectomía, 34.

Sobrevidas: Más de 4 años: 6 casos (13 %). — 16 años, (vive); 7 años, (vive); 6 y medio años (2 casos — viven); 5 y medio años (vive); 4 y medio años, (muerto).

Operados de menos de años: 28 (21 menos de 1 año).

Sumario de la 2ª serie:

45 gastrectomías.

Muertes postoperatorias en la 1ª semana: 11 (25%).

Muertes alejadas: 11 (25%).

Se ignora: 5.

Viven: 18 (de ellos 5 con más de 4 años, 13 con menos).¹

3.ª SERIE

Desde el 31 de julio de 1947 a 28 de febrero de 1949, ingresaron a la Clínica hospitalaria y privada 51 casos nuevos de cáncer gástrico. Las cifras globales de esta nueva serie confirman la idea de la extraordinaria gravedad del problema.

9 enfermos estaban completamente fuera de los límites de toda tentativa operatoria, aún para una laparotomía exploradora.

42 fueron operados:

22 resultaron inextirpables radicalmente: en 2 fué posible

una gastrectomía paliativa; en 3 una gastroenterostomía; en 17 solamente laparotomía exploradora. ●

20 casos pudieron ser resecaados: 20 resecciones: 14 gastrectomías subtotaes; 6 gastrectomías totales.

Si se suman los 22 casos inextirpables a los 9 que habían llegado a la etapa más extrema de la cancerización, resulta que en esta segunda serie el 60,8% de los enfermos estaba condenado.

En el total de 51 casos, la resección fué posible en 20 (39,2 %); 31 resultaron inextirpables (60,8 %).

Edades: En esta 3ª serie hay: 1 caso de 31 años; 2 casos de 49 años; 16 casos de 50 a 59 años; 19 casos de 60 a 69 años; 13 casos por encima de 70 años, con edad límite de 78 años.

Duración del sufrimiento: 2, con más de 30 años; 7, con 5 a 20 años de sufrimiento anterior; 5, con 2 a 5 años de sufrimiento anterior; 37, con menos de un año de sufrimiento anterior.

En suma: 72, 5% con sintomatología declarada de menos de un año.

Resultado del tratamiento ● (3ª Serie)

Mortalidad operatoria: De las 20 gastrectomías, hubieron 7 muertes, 4 por gastrectomía total y 3 por subtotal.

De las 17 laparotomías exploradoras, hubo una muerte.

Mortalidad global por gastrectomía: 35%.

Gastrectomía total: 66,6 % de muertes.

Gastrectomía subtotal: 21,4 % de muertes.

ELECCION DE TIPO DE GASTRECTOMIA TOTAL O SUBTOTAL

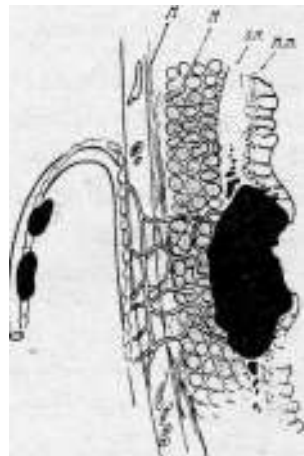
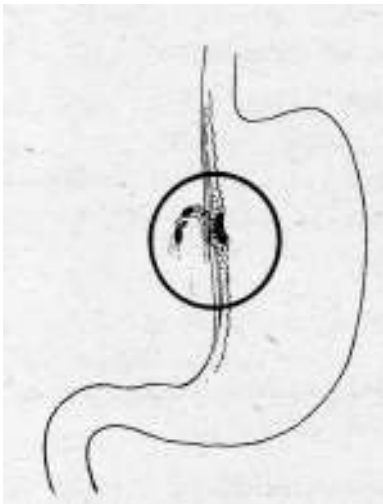
Observaciones demostrativas

La resección gástrica para cáncer debe comprender obligatoriamente la exéresis de toda la lesión, todo el órgano si es posible, mesos, vías linfáticas, ganglios regionales, epiplones y venas hasta los límites permitidos por la anatomía; es una ley ge-

Esquematzación de la propagación gástrica y linfática



Vías linfáticas del corion de la mucosa, submucosa, muscular y colectores de la subserosa del estómago. Corte esquemático de la totalidad de la pared gástrica.



Esquema de la propagación parietal y regional. M.M., Mucosa; S.M., Submucosa; M., Musculosa (sus. 2 capas). La extensión local se hace excéntrica en la submucosa y a lo largo de los linfáticos parietales hacia los colectores de la subserosa y a los ganglios regionales. La extensión local, en la submucosa, es relativamente limitada; la sección gástrica colocada en tejidos sanos, lejos del borde de la lesión, da suficiente garantías contra la recidiva local.

neral del tratamiento quirúrgico de todo cáncer. Debe ser una gastrectomía ensanchada regional, subtotal o total. ●

Como para todo cáncer, la resección total del órgano, cuando es posible, aumenta las probabilidades de curación alejada. Pero existen 4 hechos que deben gravitar en la elección.

1º La elevada mortalidad de la gastrectomía total, de la cual dan cuenta las cifras que adjuntamos.

Gastrectomía total. — Mortalidad operatoria

Pack-Mc Neer, Gastrectomía total, 31,7%, 41 casos; C. Cardias, 33%, 62 casos; Finsterer, gastrectomía total, 60%, 89 casos; Longmire, gastrectomía total, 50%, 20 casos; Ducuing, gastrectomía total, 41%, 132 casos; Smith, gastrectomía total, 29,1%, 89 casos (Últimos 43 casos), 16,3%; Warhen, Gastrectomía total, 0%, 9 casos; Santy, gastrectomía total, 0%, 5 casos; D'Allaines, gastrectomía total, 37%, 19 casos; Vernenjoul, gastrectomía total, 26%, 39 casos: (9 úlcus y 30 cánceres); Personal, Gastrectomía total, 50%, 12 casos; Lefevre, gastrectomía total, 14,2%, 35 casos.

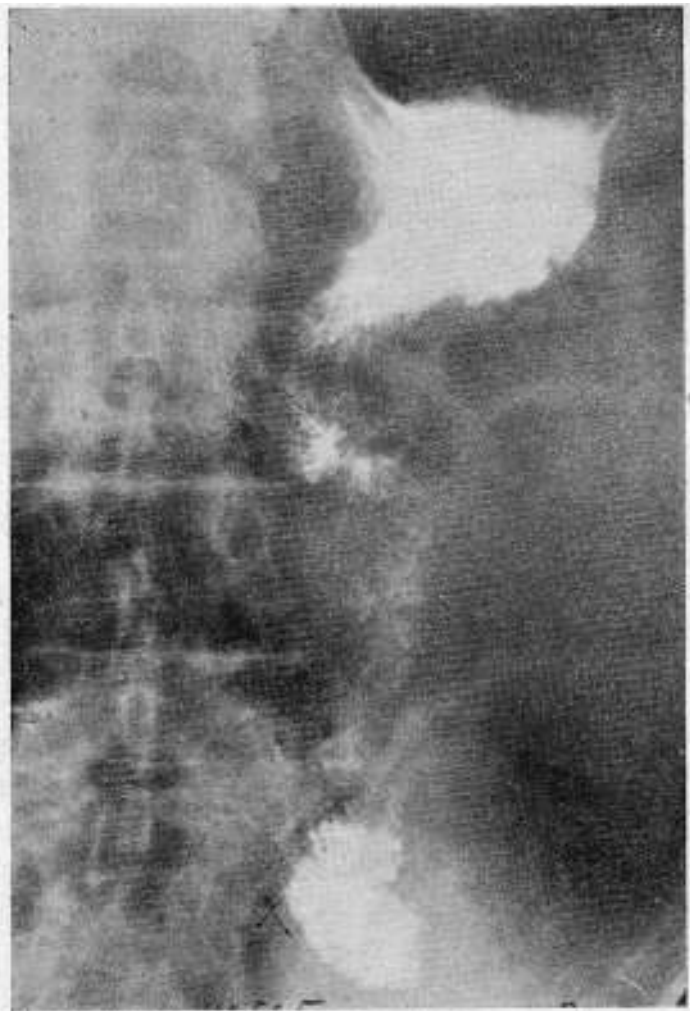
Gastrectomía subtotal ensanchada

Personal: 2ª Serie, 45 operados, 11 muertes, 25%; 3ª Serie, 14 operados, 3 muertes, 21,4%.

2º La forma de extensión del cáncer en la pared gástrica y su propagación hacia los ganglios regionales, indica que es más importante reseca todos los ganglios que reseca todo el estómago.

3º Los enfermos tratados por gastrectomía subtotal muy amplia para cáncer, no recidivan casi nunca en el muñón gástrico o en la anastomosis, sino que mueren por metástasis hepática. Ocurre para el estómago lo que para otros cánceres digestivos, particularmente del recto; la obs. siguiente es un ejemplo entre muchos otros que poseemos: P. 60 años.

Gastrectomía subtotal ensanchada regional, para cáncer antral con ganglios neoplásicos yuxta gástricos y regionales. Metástasis hepática a los 23 meses. Estudio radiológico del estómago y de la anastomosis, no muestran lesiones.



Obs. P. — Amplia resección gástrica quedando pequeña bolsa de contornos flácidos. Evacuación intermitente por la neoboca. Pequeño reflujo por el asa retrógrada. — Estudio radiológico de los Dres. Zerboni y Gorlero, realizado cuando el enfermo volvió a consultar por ictericia e hígado nodular por metástasis.

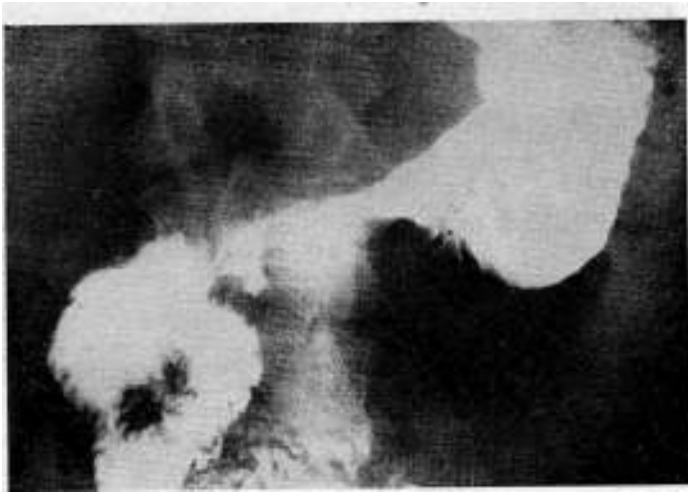
4º Posibilidad de creer por la clínica, los RX y el examen operatorio de la lesión, en un neoplasma ulcerado o en una úlcera cancerizada e imponer al enfermo una operación de riesgo, cuando en realidad se trata de una úlcera crónica que cura con una resección más limitada.

Indicación de gastrectomía total ensanchada

Obs. Tipo. Nº 526. T. S. 50 años.

Sufrimiento gástrico datando de 2 años, sin período de acalmia. Acentuación del sufrimiento desde 4 meses. Primer examen radiológico hace 1 mes: Diagnóstico: cáncer antral.

Operación: mediana supraumbilical. Cáncer infiltrante del antro, extendiéndose hasta el píloro y ascendiendo en la pequeña curvatura hasta el punto en que la arteria coronaria alcanza el estómago. Ganglios neoplásicos en pequeña curvatura y en la cadena gastro epiploica derecha, así como en el epiplón gastro esplénico. Ganglios inflamatorios a lo largo de la arteria coronaria.



Obs. T. S. — Deformación del antro, con imágenes lacunares; rigidez de la pequeña curvatura dando aspecto de una infiltración bastante alta.



Obs. T. S. — Radiografía 27 meses después de operado. Pasaje esofágico sin dificultad; el medio opaco pasa fácilmente al asa delgada que muestra una cámara de aire en la región subfrénica. Existe reflujo por el asa retrógrada que presenta una moderada dilatación. Evacuación rápida por el asa eferente.

Gastrectomía total con esplenectomía y resección total de gran epiplón, pequeño epiplón y cadenas ganglionares, de acuerdo con los fundamentos técnicos expuestos más adelante.

Esófago — yeyunostomía término lateral.

Curación operatoria — 28 meses más tarde, reingresa por carcinosis peritoneal.

Indicación de gastrectomía subtotal ensanchada

Obs. Tipo: D. F. 58 años. Obs. 4788.

Dispepsia datando de 5 meses. Adelgazamiento de 20 ks.

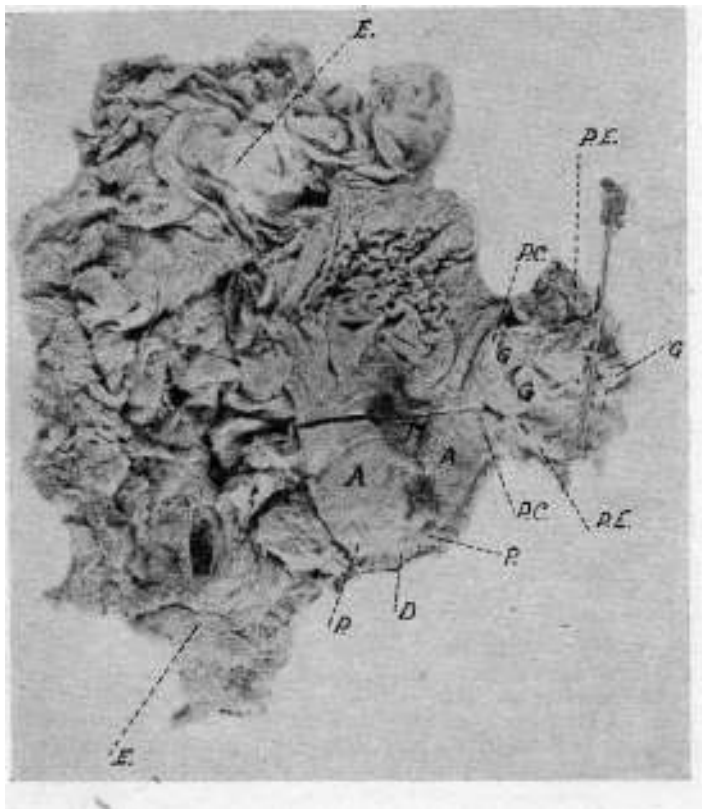


Foto 1. — Total. El estómago ha sido abierto por la pequeña curvatura. P.C. - P.C. Pequeña curvatura; P. Píloro; D. Duodeno; A.A. Antro; F.F. Fundus; N. Nicho gigante de la cara post.; E.E. Gran epiplón; P.E. Pequeño epiplón, reseado totalmente; G.G. Ganglios de la cadena coronaria y hepática. La sonda acanalada levanta la arteria coronaria.

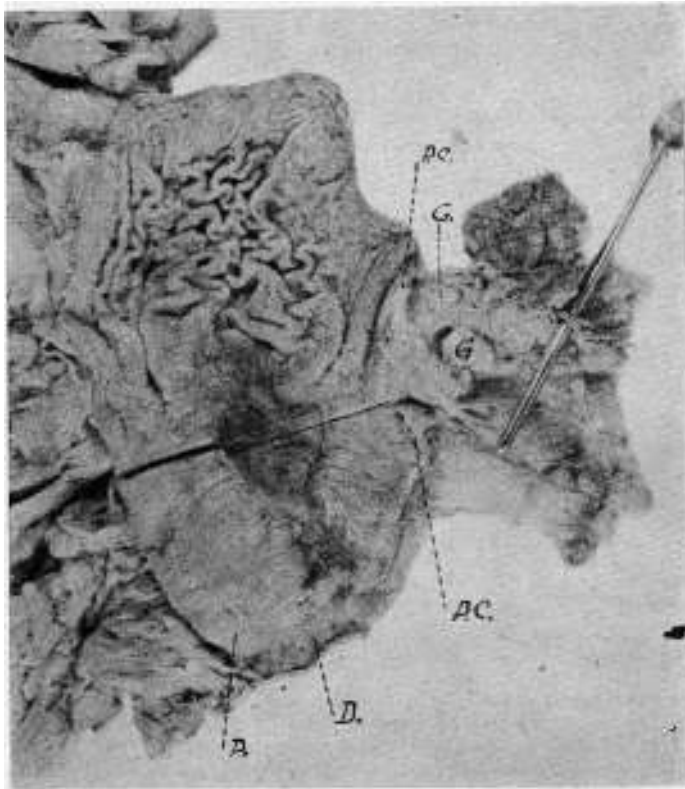


Foto 2. Estómago y pequeño epiplón vistos a mayor aumento. La mucosa antral no presenta caracteres neoplásicos. Se ha hecho un corte vertical desde pequeña a gran curvatura pasando por el fondo medio del nicho, y el grueso ganglio adherente a él, situado en la gran curvatura. Sobre esta sección se ha hecho un corte histológico topográfico. Referencias iguales a las de la figura anterior.

R. X. Gruesa lesión infiltrante del antro. En l^a radiografía en decúbito dorsal, aparece un gran nicho en la cara post. del antro. ●

Operación: Laparotomía mediana supraumbilical.

Cáncer antral; gran nicho de cara post. Aspecto inflamatorio de la pared del antro alrededor de la lesión.

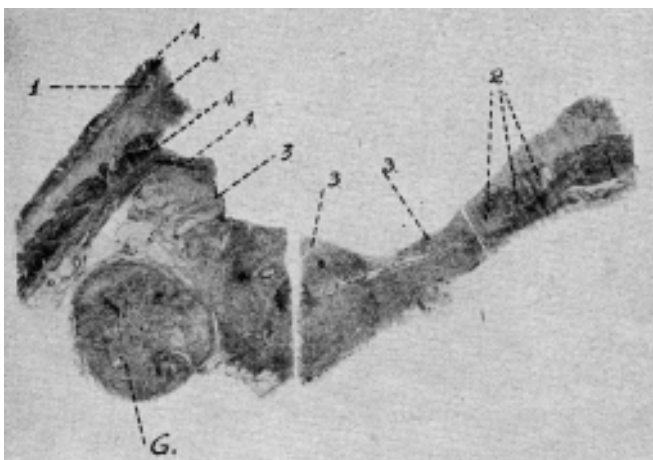
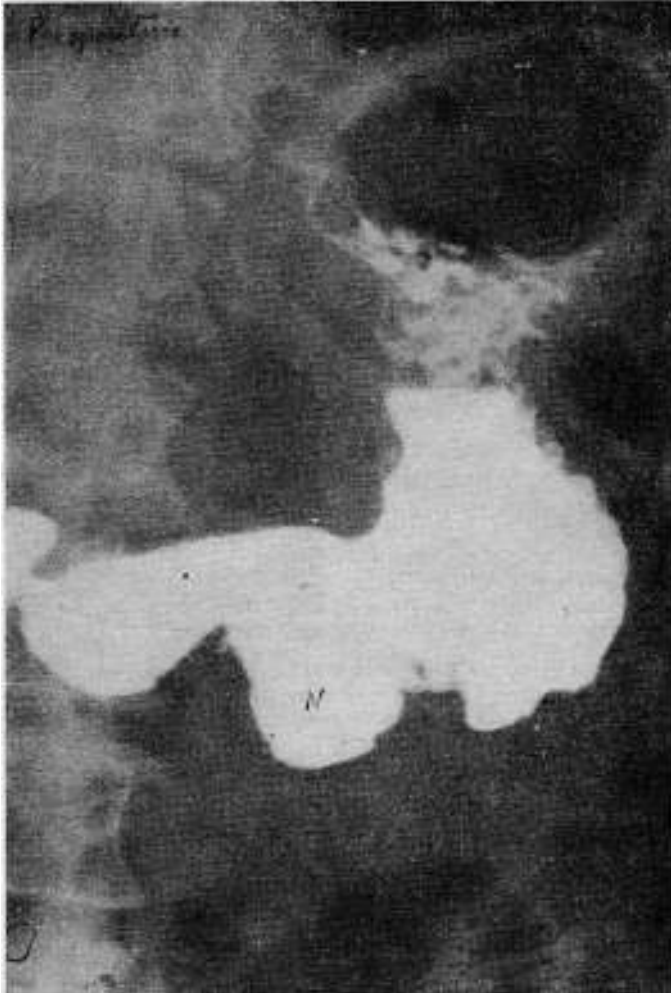


Foto 3. — Corte histológico topográfico. Caracteres de úlcera callosa cancerizada. Uno de los bordes, con amputación neta de la musculosa (1), el otro con la musculosa amputada (2) pero infiltrada. 3-3-3, fondo de la úlcera constituido por tejido fibroso con infiltración neoplásica. 4-4-4, infiltración por adenocarcinoma de la mucosa, submucosa, muscular y fondo de la úlcera. G., Ganglio gigante masivamente infiltrado por neoplasma y adherente al fondo del cráter. Diagnóstico: úlcera callosa con transformación neoplásica. Histológicamente: Adenocarcinoma.

Adenopatía neoplásica gigante sobre gran curvatura, junto a la lesión, ganglio macroscópicamente neoplásico en pequeña curvatura, sobre la arteria coronaria.

Existen ganglios de aspecto inflamatorio a lo largo de la coronaria, hasta el tronco celiaco. No hay ganglios a lo largo de la vena gastro epiploica derecha.

La parte alta de la pequeña curvatura está completamente libre y la tuberosidad así como el fundus gástrico tienen paredes normales. Se

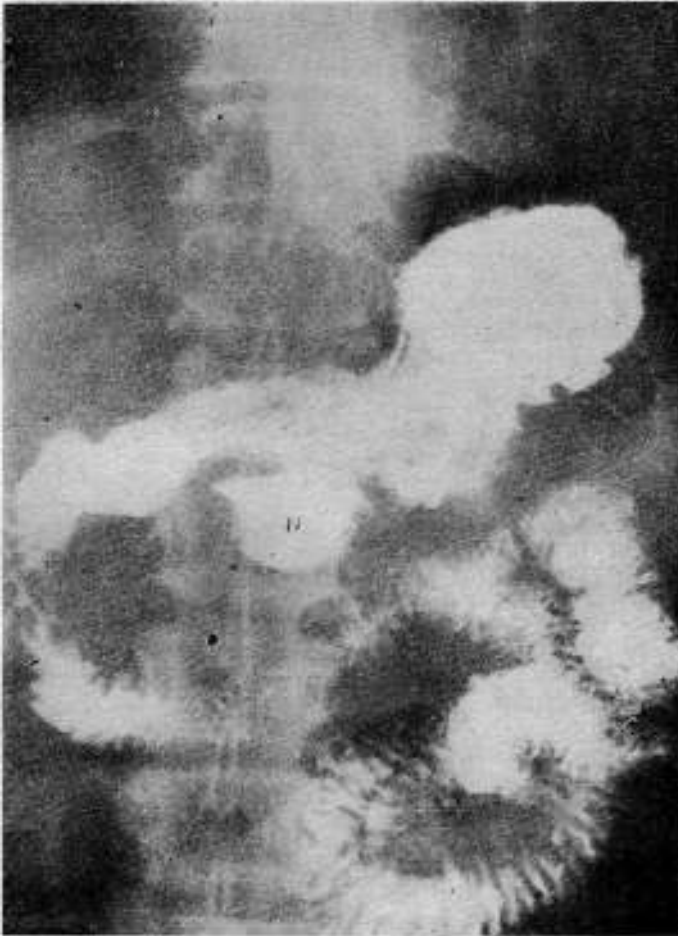


- bs. D. F. — Marcada deformación del contorno gástrico en la gran curvatura al nivel del fondo y del antro. Rigidez de la pequeña curvatura que aparece ondulada. Evacuación sin dificultad.

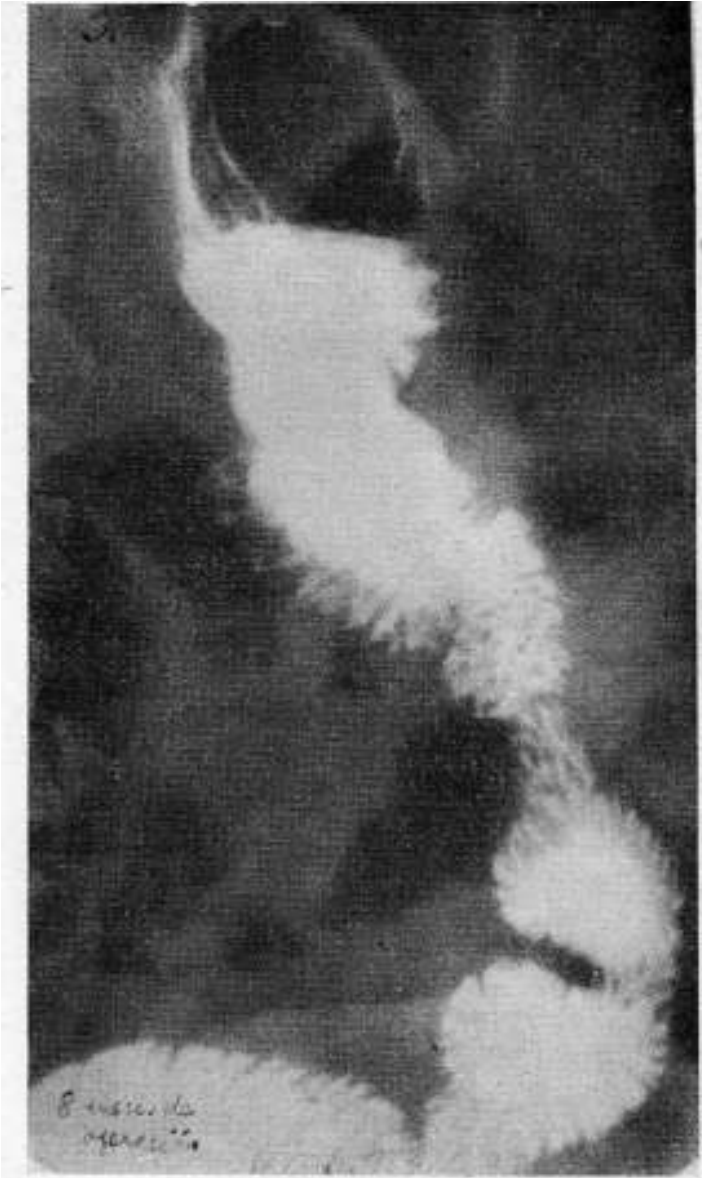
BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY

considera que una gastrectomía subtotal ensanchada con exéresis ganglionar regional resuelve el problema y será mejor tolerada por este enfermo, cuyas condiciones orgánicas son muy deficientes. Restablecimiento del tránsito por gastroyeyunostomía transmesocólica.

Evolución sin incidentes. Curación mantenida 2 años después. (1)



Obs. P. F. — La radiografía en decúbito muestra una intensa alteración del relieve interno persistiendo la deformación de los contornos.



Obs. D: F. — R. X. tomado 8 meses después de la operación. Resección amplia gástrica. Bolsa gástrica residual normal. Buena funcionalidad de la neoboca. Asa anastomótica sin particularidades.

Gastrectomía ensanchada regional
Fundamentos anatómo-quirúrgicos



FIG. 1. — Vías de drenaje linfático del estómago. Ellas indican que para cumplir con las directivas de exéresis regional del cáncer, es necesario ligar los troncos venosos, que orientan la corriente linfática, en el punto más alejado del órgano. Esto implica: resección gastro epiploica total; esplenectomía eventual; ligadura de la vena coronaria debajo del peritoneo post. de la retrocavidad junto al tronco celíaco; ligadura de la vena gastro epiploica der. en su unión con la cólica der. o en su abocamiento en la mesentérica superior. (L)

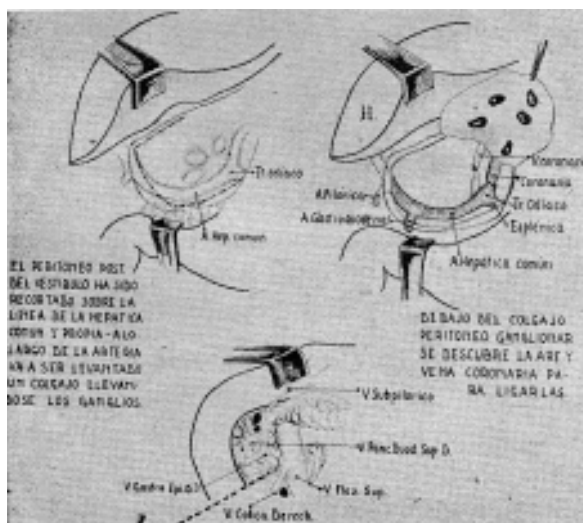


FIG. 2. — La resección del peritoneo post. de la retrocavidad de los epiploes, levantando en block la serosa y los ganglios que se encuentran sobre el tronco de la arteria hepática común. La ligadura de las arterias gastroduodenal y pilórica, en su origen es obligatoria. El esquema inferior muestra unidades ganglionares a lo largo de la vena g.e.d.; en alguna de nuestras piezas ellos eran los únicos que presentaban metastásis. (L) Lugar de la ligadura de la vena g.e.d.

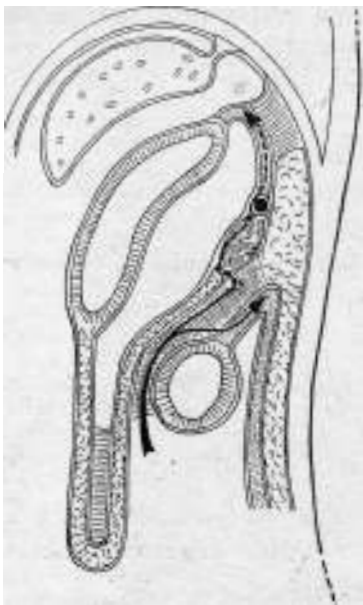


FIG. 3. — Para poder ligar la vena gastro epiploica derecha, el despegamiento coloepiploico debe comenzar sobre la parte más derecha del colon transverso. A este nivel el despegamiento es fácil y conduce directamente al páncreas y al tronco venoso g.e.d. y a la vena cólica der. A partir de este punto, el despegamiento se continuará hacia la izq. en el plano indicado por la flecha superior; cuando existan adherencias al tumor, se seguirá la flecha inferior, es decir desdoblado el mesocolon cuya hoja inf. queda con los vasos. Llegado al borde inf. del páncreas, se resecará el peritoneo prepancreático hasta el borde sup.; el tronco celiaco y la esplénica quedan desnudados de serosa.

ELECCION DE VIA DE ABORDAJE

La vía de abordaje, abdominal, torácica, o tóraco abdominal, está supeditada a la localización del tumor, a la exigencia de una exéresis amplia y de suturas seguras.

Vía abdominal: La vía abdominal es la que permite, en el cáncer antral y medio gástrico, realizar la resección ganglionar regional y de mesos, del modo más completo. Ella es la vía de elección para el cáncer del estómago.

Pack y Mc Neer, en 41 casos de gastrectomía total utilizaron la vía abdominal en 40. En nuestras 12 gastrectomías totales, 10 fueron realizadas por vía abdominal y 2 por tóraco-frenotomía.

Vía transtorácica: Es la vía de elección para el cáncer del cardias, o cardio-tuberositario del estómago, así como para los tumores vegetantes de la tuberosidad. Las vías de drenaje linfático de estos tumores son la corriente de la vena coronaria y la de los vasos cortos del epiplón gastro esplénico.

La splenectomía está casi siempre indicada.

El abordaje transtóraco diafragmático permite dominar el territorio de propagación linfática y realizar una exéresis completa del mismo, así como del pequeño epiplón y de la porción yuxta diafragmática del peritoneo de la retrocavidad de los epiplones, hasta la cola y borde superior del páncreas.

La sección esofágica puede ser hecha lejos del cardias y la sutura esófago gástrica o esófago yeyunal es cómoda.

Pack y Mc Neer, en 62 casos de cáncer del cardias o cardio gástrico utilizaron las siguientes vías.

Transtorácica: 69,2%.

Abdominal: 15,4%.

Abdómino torácica: 9,2%.

Total transtorácica: 6,2%.

La incisión de elección es la tóraco frenotomía o la tóraco-freno-laparotomía que L. Mérola (1), cirujano uruguayo, describió en 1916 y que ha sido redescubierta periódicamente con desconocimiento de su creador.

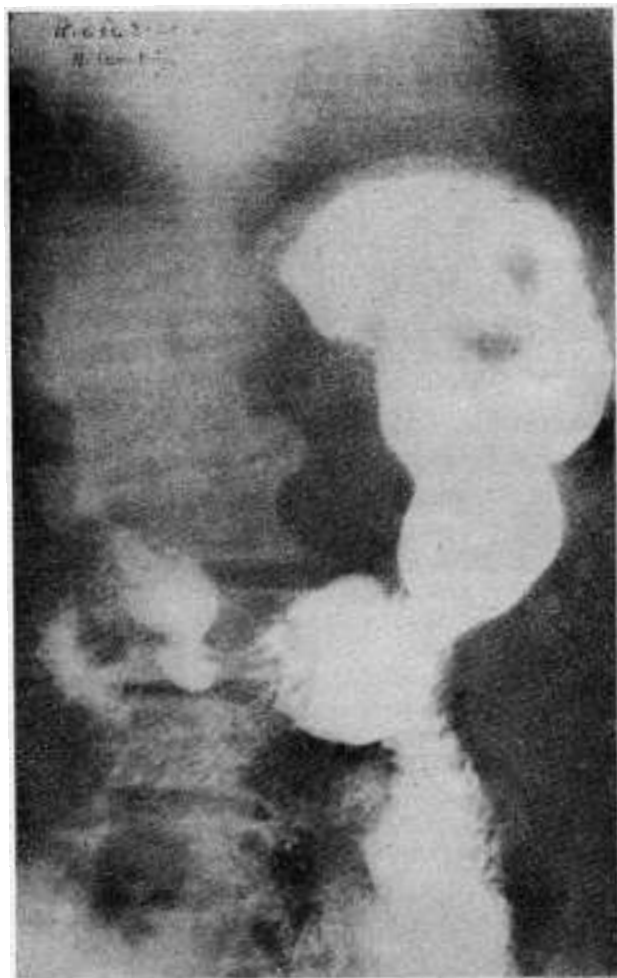
He aquí una observación típica de indicación de gastrectomía transtorácica M. C. 60 años. Obs. N° 3798.

Dolores epigástricos post-prandiales, desde dos meses. Acalmia con alimentos. No adelgazamiento. R. X. Imagen lacunar de cara en parte alta de estómago, sobre la tuberosidad.

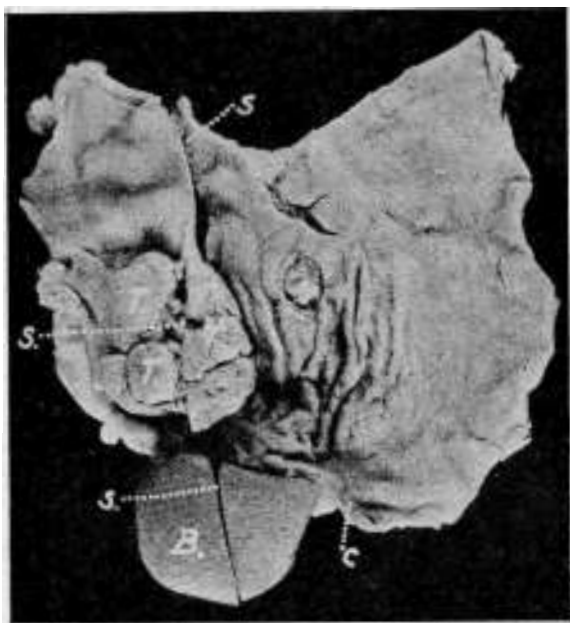
Gastrectomía subtotal transtorácica, con esplenectomía; se reseca el cardias, la tuberosidad y gran parte del fundus. Anastomosis esofago-gástrica término lateral.

Anat. Pat. Adenocarcinoma papilar infiltrante hasta la serosa. No se encuentran ganglios neoplásicos.

(1) Mérola, L. — Tóraco-freno laparotomía. "Anales de la Facultad de Medicina", Montevideo, Uruguay, 1916.



●bs. M. C. — Falta de relleno uniforme de la gruesa tuberosidad dando imágenes lacunares típicas, algunas de las cuales llegan hasta el borde izquierdo del estómago.



Obs. M. C.
FIG. 1. — Pieza abierta a lo largo de la gran curvatura. B. Bazo; C. Cardias; T. Tumor vegetante-poliposo, en coliflor implantado en la cara posterior de la tuberosidad. Su superficie es mamelonada pero lisa, friable. S-S-S. Sección de la pieza comprendiendo cara post. de estómago, tumor y bazo.



Obs. M. C.

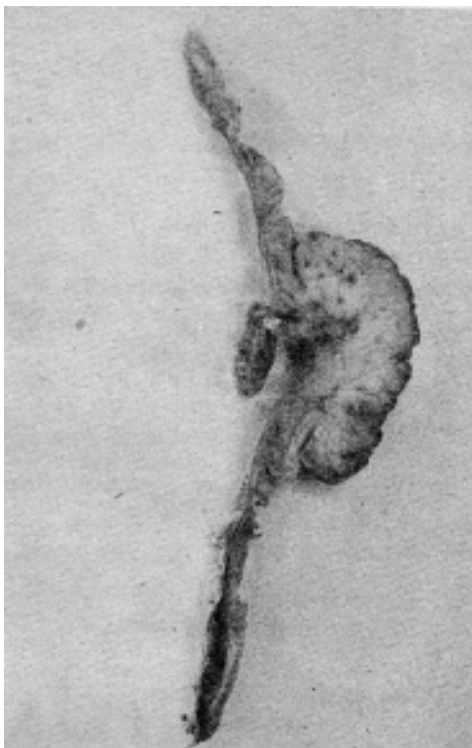
FIG. 2. — Superficie del corte de sección S-S-S. El tumor vegetante, en coliflor está implantado sesilmente e infiltra la totalidad de la pared gástrica, que aparece umbilicada por su superficie serosa.



Obs. M.^o C.
 FIG. 3. — Microfotografía topográfica del borde del tumor. Epitelioma cilíndrico papilar; a este nivel él no es aún infiltrante y la submucosa (S.M.) está libre.

Obs. A. J. N^o 1721
 Cáncer vegetante en coliflor, e infiltrante. Histológicamente, adenocarcinoma. Situación en parte yuxta cardíaca de la pequeña curvatura y cara posterior. Resección subtotal transtorácica sin esplenectomía. Tres años después, el enfermo vive.





Obs. A. J. — Aspecto de un corte de sección pasando por el mismo tumor. Obsérvese la umbilicación de la pared gástrica infiltrada sobre la cual se implanta el tumor. >

S U M A R I O

Porcentaje de resecciones, tipo de operación, vía de abordaje y mortalidad operatoria, en 125 casos de cáncer gástrico.

En 3 series reunidas que comprenden 125 casos de cáncer gástrico, sólo 65 pudieron ser resecados (51 %).

Tipo de operación: 12 gastrectomías totales.
53 gastrectomías subtotales.

Vía de abordaje: 6 abordajes transtorácicos.
59 abordajes abdominales.

Mortalidad operatoria:

Gastrectomía total:

En las dos series combinadas, II y III, hubieron 12 gastrecto-

mías totales, de las cuales 6 muertes a consecuencia de la operación (50% de mortalidad).

La vía de abordaje fué en dos casos transtorácica, y en 10 casos abdominal.

Quedan 2 sobrevivientes de 12 gastrectomías totales. La primera con 32 meses de sobrevida, pero recidiva, puesto que a los 28 meses fué operado de una oclusión intestinal por carcinosis peritoneal en las asas yeyunales. Sobrevivió a esta operación y se mantiene hasta la actualidad en estado satisfactorio.

El segundo caso fué operado recientemente (4 meses).

Los otros 4 murieron en un plazo de 3 meses a 1 año.

Gastrectomía transtorácica

En las dos series combinadas II y III hubieron 6 gastrectomías transtorácicas, de las cuales 2 totales y 4 subtotales. Entendemos por gastrectomía subtotal hecha por la vía transtorácica, la resección de la parte inferior de esófago, cardias, tuberosidad gástrica y parte del fundus, con pequeña curvatura, con o sin esplenectomía.

La mortalidad operatoria por gastrectomía transtorácica fué de 50 %. De los 3 sobrevivientes a la operación, 1 de ellos murió a los pocos meses por carcinosis peritoneal; los otros 2 viven, uno a los 2 años (Aber.) y el otro a los 3 años (Inch.).

BIBLIOGRAFÍA

- CRAMER, (W.). — The importance of statistical investigations in the campaign against cancer. — "Am. J. Cancer", 29:1, 1937.
- LIVINGSTON, (E. M.), and PACK, (G. T.). — End results in the treatment of gastric cancer, New York, Paul Hoeber, 1939.
- LONGMIRE, (P) (Jr.). — Total gastrectomy for carcinoma of stomach. — "Surg. Gyn. Obst.", 84:21-30 jan. 1947.
- MAIMON (S. N.) and PALMER, (W. L.). — Gastric cancer: laparotomy, resectability and mortality. — "Surg. Gin. Obst.", 83:480-484, Oct. 1946.
- MALLORY, (T. B.). — Carcinoma in situ of the stomach and its bearing on the histo-genesis of malignant ulcers. — "Arch. Path.", 30:348, 1946.
- MEROLA, (L.). — Tóraco freno laparotomía. — "Anales de la Facultad de Medicina", Montevideo, Urug., 1916.

BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY

- ORR, (T. G.). — A modified technic for total gastrectomy. — "Arch. Surg.", 54:279-286, March 1947.
- PACK, (G. T.), and MCNEER, (G.), BOOHER, (R.). — Principles governing total gastrectomy. A report of forty one cases. — "Arch. of Surg.", 55:457-485, 1947.
- PACK, (G. T.) and Mc NEER (G.). — The incidence of gastric cancer. "Int. Abstrac of Surg.", 86:521-534, June 1948.
- PACK, ((G. T.), Mc NEER, (G.). — Surgical treatment of cancers of the gastric cardia, 104 cases. — Surgery 23:976-1019, 1948.
- PRIESTLEY, (J. T.), KUMPURIS, (F). — Total gastrectomy with esophago duodenalanastomosis. — "Arch. of Surg", 56,2. feb. 1948.
- SCHINDLER, (R.). — Relative surgical curability of certain gross types of gastric carcinoma. — "Surg. Gyn. Obst.", 83:453-461, Oct. 1946.
- VERNEJOU, (R.) de. — 39 gastrectomías totales por cáncer. — "Lyon Chirurgical", Tº 43, Nº 1, 17 Ener.-Feb. 1948.
- WAHREN, (H.). — Total gastrectomy for carcinoma of stomach. — "Acta Clin. Scandinav", 95:193-204. Marzo 1947.
- WALTERS, (W). GRAY, (H), PRIESTLEY, (J). — Carcinoma and other malignant lesions of the stomach. — Philadelphia, W. B. Saunders Company, 1942.
- WANGENSTEEN, (O. H.). — The problem of gastric cancer. — J. A. M. A. 134: 1161-1169, 1947.

Dr. Emilio Andreón. — Estoy de acuerdo con el Dr. García Capurro, respecto a la importancia del trabajo que presenta el Dr. Larghero; no estoy de acuerdo, en cambio, sobre el poco valor que parece le asigna a la técnica para mejorar los resultados obtenidos en el tratamiento del cáncer gástrico.

Yo creo que podemos ponernos de acuerdo en el sentido de que cuando se trata un neoplasma de estómago, la técnica que se utiliza no es perfecta, y no lo es porque la gastrectomía ensanchada por neoplasma gástrico, tal como la preconiza el Dr. Larghero en su trabajo, es de ejecución sumamente difícil — un cirujano exigente no queda satisfecho luego de una gastrectomía por cáncer gástrico, sino después de muchos años de trabajo y debe estar siempre convencido que su técnica puede ser mejorada. En ningún caso puede confiarse esta cirugía a un debutante, que por lógica, soluciona las dificultades ensanchando menos de lo debido, vale decir operando el cáncer gástrico como si fuera una úlcera. En resumen: en el estado actual de las cosas para mejorar los resultados se necesita 1º diagnóstico más precoz y 2º técnica operatoria más correcta. El Dr. Larghero se inclina por la gastrectomía subtotal ensanchada. Habitualmente, se puede realizar una gastrectomía ensanchada, dejando una pequeña copa de champagne para hacer la sutura; la gravedad será indiscutiblemente mucho menor, que con la gastrectomía total; pero muchas ve-

ces no se puede realizar eso; hay que realizarla total ensanchada o no hacer nada.

El año pasado traje un enfermo con gastrectomía total. No hubo más remedio que hacer una total porque el neoplasma no llegaba al cardias; ese enfermo tiene más de un año de operado y vive todavía y vive bien, sin trastornos intestinales, sin anemia, sin ningún trastorno de orden general.

Después he realizado dos gastrectomías totales; los dos enfermos han fallecido: uno de ellos tenía una infiltración de estómago prácticamente total, no se podía realizar ni siquiera una gastrostomía. Se me va a objetar que no estaba indicada; yo creo lo mismo; sin embargo el enfermo resistió muy bien el acto quirúrgico, falleciendo a los doce días a consecuencia de una fístula.

El último caso es reciente; se trataba de un enfermo que ingresó con hematemesis y melenas, sin diagnóstico causal, llegó sangrando, siguió sangrando y sangró tanto que hubo que abordarlo; la repetición de la hemorragia obligó a indicar la intervención; tenía un neoplasma a la altura del cardias y no hubo más remedio que hacerle como tratamiento de esa hemorragia y del neoplasma gastrectomía total. Falleció de shock, pero no quiere decir que en ese caso particular la gastrectomía total no estuviera indicada.

En resumen, en todos los casos que se pueda, se debe hacer gastrectomía subtotal ensanchada pero hay casos determinados en los cuales para el tratamiento del cáncer del estómago hay que hacer la gastrectomía total. Tiene indicaciones en el tratamiento del cáncer gástrico y tiene el valor de familiarizarnos con una cirugía que tiene otras indicaciones: hay úlceras del cardias que deben ser tratadas por gastrectomía total, o poliposis gástricas, etc., y hay que tener la manera para poder tratarlas; de lo contrario tendremos que dejar que esos enfermos sigan marchando, porque no sabemos realizar una gastrectomía total.

Dr. L. Zubiaurre. — Yo me permito hablar por dos razones: 1º porque puede ser de oportunidad que en este tema intercale un radiólogo ya que han hablado tantos cirujanos y luego, porque, al ser reiteradamente aludidos, creo que estamos en la obligación de hablar, sobre todo cuando con justicia se le atribuye a la Radiología un papel tan fundamental en el diagnóstico temprano del cáncer del estómago.

Yo hablo personalmente también en función de otra cosa, y es que en estos momentos es un problema que lo he estudiado. Me interesa aclarar en que forma lo he estudiado para que de las afirmaciones que yo haga pueda surgir la experiencia en que están respaldadas. En este momento estoy abocado a hacer el correlato sobre cáncer gástrico para el Congreso Argentino de Radiología y para hacerlo, hemos tomado como referencia una amplia y vasta experiencia, que desde luego no es la mía personal sino la del Instituto de Radiología y la del Consultorio radiológico particular donde actúo.

BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY

En este problema de cáncer gástrico me voy a permitir decir que respecto a la Radiología se ha dejado una sensación que no es la exacta, porque daría la impresión, por lo que aquí se ha dicho, que en realidad en los diagnósticos, no hechos en el tiempo debido, de cáncer gástrico, recae la responsabilidad fundamentalmente en la incompetencia de los radiólogos o en la mala organización de los servicios radiológicos. Yo creo que en ese sentido hay que aclarar primero y definitivamente que respecto a la radiología en el diagnóstico, ya hay experiencia suficientemente hecha y concluyentemente demostrada por las estadísticas de todo el mundo, que prácticamente no difieren. En el momento actual la Radiología concebida como método tiene casi el 90 % de diagnósticos positivos en materia de cáncer gástrico, le queda sólo un 10% en que la Radiología no puede hacer diagnóstico de cáncer.

Con respecto a lo que dijo el Dr. Larghero, podría quedar la sensación de que es una cosa harto frecuente que la Radiología falle y falle groseramente en el diagnóstico de cáncer gástrico. Creo que en nuestro medio, los errores de la categoría que muestra el Dr. Larghero, no son una cosa frecuente. Tengo un poco la impresión que le ha tocado al Dr. Larghero la suerte o la desgracia de recibir enfermos con una información radiológica harto insuficiente. Quiero, entonces, aclarar, en primer término, que no podría surgir con justicia la imputación de que en nuestro medio la inmensa mayoría de los exámenes radiológicos, se hacen en base a estudios tan mal hechos, y a conclusiones tan mal obtenidas.

En cuanto a las posibilidades de la Radiología en el diagnóstico, me parece que hay un punto que se debe aclarar; se insiste en que la radiología corresponde al diagnóstico precoz; yo me he planteado a propósito de este trabajo que estamos haciendo, en colaboración con todos los compañeros del Instituto de Radiología, si en verdad se puede hablar de diagnóstico precoz del cáncer gástrico porque, evidentemente hablar de diagnóstico precoz implicaría concebir que la radiología es capaz de descubrir el cáncer en el período que transcurre entre la iniciación anatómica de la enfermedad y aparición de la sintomatología. Cuando uno se pregunta cuántos casos, en la estadística global de cánceres de estómago, los radiólogos estamos en condiciones de sorprender en ese período asintomático o presintomático, evidentemente hay que confesar que son realmente la excepción. Voy a decir más: Guttman, que es un poco el leader en el mundo, en el diagnóstico precoz del cáncer gástrico, contaba en el año 1947 con 19 casos descubiertos en ese periodo de comienzo con comprobación histológica, de lo que yo deduzco que hablar de diagnóstico precoz de cáncer gástrico, atribuyéndole el 100 % de responsabilidad a la radiología, es evidentemente una exageración. Con esto quiero descargar la responsabilidad de los radiólogos, porque si evidentemente tenemos mucha en el problema diagnóstico, es indudable que pocas veces en la práctica, se presenta la oportunidad de descubrir el cáncer en ese periodo. Las estadísticas de casi todos los radiólogos del mundo, muestran que el cáncer se descubre en el período de aparición de síntomas y habitualmente con

evolución sintomática de seis meses o un año. Todos los casos que ha mostrado el Dr. Larghero, sin excepción, son cánceres gástricos sumamente avanzados.

Otro punto de mucho interés a destacar, sobre el que el Dr. Larghero ha insistido en nuestro medio, haciendo a los radiólogos una advertencia es el referente al diagnóstico de las lesiones ulcéradas, y a este respecto creo que es indudable que todos los radiólogos hemos cometido durante mucho tiempo el error de querer buscar siempre en los matices de la radiología gástrica los elementos que diferencian lo benigno de lo maligno. Estoy de acuerdo con el Dr. Larghero que muchas veces podemos dar al clínico el dato útil de que una úlcera presenta signos que hacen presumir su carácter maligno pero no estamos autorizados en todos los casos para decir que una úlcera tiene carácter benigno.

Creo que hay todavía otra situación en la que la radiología puede encontrar dificultades para hacer el diagnóstico de cáncer gástrico: es el caso de cáncer complicado con estenosis pilórica. Es indudable que la propia estasia gástrica crea modificaciones morfológicas y funcionales del estómago que no permiten decidir cuál es la causa de la estenosis pilórica. En esto también estoy de acuerdo con el Dr. Larghero: los radiólogo no debemos detener a los enfermos pidiendo reiteración de controles, sino limitarnos a decir que existe una estenosis pilórica; será el cirujano quien deba decidir en definitiva.

Habría una serie de aspectos interesantes para comentar en este problema, pero he querido señalar orientaciones generales en lo que a radiología se refiere en este asunto tan amplio del cáncer de estómago.

Dr. D. Prat. — Si analizamos por qué nosotros no hacemos el diagnóstico incipiente y oportuno del cáncer gástrico, encontramos tres razones fundamentales.

Ante todo porque el cáncer gástrico puede evolucionar completamente latente sobre todo si es de las caras; si no invade el piloro o cardias puede pasar mucho tiempo sin dar síntomas y cuando lo reconocemos ha pasado ya la hora quirúrgica, el tumor es inoperable, y eso parece que ocurre en un 25 a 30% de los casos.

El otro 25 o 30% son los enfermos que tienen pequeñas molestias, no acuden al médico y esto suma ya un 45 a 50% de enfermos que escapan a la terapéutica quirúrgica y que llegan al cirujano como enfermos inoperables y que van al fracaso terapéutico. Existe otro 50% de enfermos de una importancia muy grande, que pueden ser examinados oportunamente y creo que es en ellos donde debemos insistir para modificar el criterio actual diagnóstico de estos enfermos que desde los primeros síntomas acuden al médico y este médico al no darse cuenta del fundamental y urgente problema que tiene presente, atiende a este enfermo de dispepsia gastro duodenal, con una terapéutica anodina, y pasa así tres meses a un año con ese tratamiento y en ese período ese enfermo ha perdido la

oportunidad de operarse y ya no lo puede curar ningún ciruján por más amplia y completa que sea la operación que practique.

Muchos de estos enfermos han venido a Montevideo en procura de diagnóstico; se les examinó y se les realizaron exámenes radiológicos y al no encontrarles nada se les manda a campaña y ese enfermo no volverá en ocho meses, un año, o más y si realmente tenía un cáncer incipiente en evolución, será un enfermo que también se perderá, pues con una evolución tan larga, ya no podrá ser curado.

Quiere decir pues que tenemos que cambiar fundamentalmente la práctica actual del examen y diagnóstico del cáncer gástrico. Hay que informar e interesar a los médicos y cirujanos que hay un problema fundamental y urgente de diagnóstico, ante toda dispepsia gastro-duodenal en un enfermo que tenga de 45 a 50 años de edad este dato es capital; estos enfermos deben ser seguidos atenta y cuidadosamente, hasta resolver el diagnóstico y el médico debe transformarse en el investigador permanente de este enfermo por medio de la radiología para poder llegar al diagnóstico de inmediato o cuanto antes y que se deben repetir estos exámenes hasta que se pueda establecer el diagnóstico.

Aunque los síntomas del cáncer gástrico son muy atenuados y sin significación en su iniciación como lo es la simple anorexia o la pesadez gástrica inicial o un ligero adelgazamiento cuando está más avanzado o con pérdida de fuerzas, pero todo esto es muy poco para que el médico diagnostique el cáncer; sin embargo, hoy día tenemos que pensar seriamente en él cuando se trata de una dispepsia en un enfermo de más de 45 años; la edad es el dato capital y entonces son esos enfermos los que el médico tiene que examinar cuidadosamente y seguirlos atentamente hasta realizar su diagnóstico lo más pronto posible.

Pero, el cáncer gástrico, el médico, el clínico o el cirujano, no pueden diagnosticarlo en el período incipiente y es precisamente después de grandes dudas que Guttman, el distinguido gastro enterólogo que está actualmente en Montevideo, y que es una pena que no contemos con su presencia en esta sesión, fué quien aseguró que este diagnóstico se puede hacer con el examen de rayos X.

Estamos de acuerdo con el dogma de que el diagnóstico incipiente del cáncer del estómago tiene que hacerlo el radiólogo y entonces, ¿por qué no ocurre así? Porque generalmente el examen radiológico que se practica se hace en gran escala a muchos pacientes a la vez; sabemos perfectamente, y eso se ha dicho en nuestra sesión anterior, que los radiólogos tienen que ver 15, 20 o 25 enfermos en una mañana y así no se puede hacer exámenes serios de investigación del cáncer incipiente, de manera que esa mala práctica constituye la falla principal y ocurre entonces, que muchos de estos cánceres incipientes, han pasado inadvertidos al examen y el enfermo se va a campaña y se ha perdido así la más preciosa oportunidad de diagnosticar esta lesión oportunamente. Es esta pésima práctica de investigación del cáncer la que hay que modificar y corregir fundamentalmente, se ha discutido a quien corresponde la culpa de estos he-

chos, si al clínico o al radiólogo; yo creo que no debe ser así, y ambos tienen gran responsabilidad, pero el clínico que envía al enfermo al radiólogo tiene la responsabilidad directa de ese diagnóstico y él debe insistir y perseverar ante el radiólogo para la realización y repetición de los exámenes y si en el primer examen no encuentra nada, a los 15, 20 días deben repetirse hasta estar completamente seguros si el enfermo tiene o no un neoplasma. Si no hace un diagnóstico en el primer examen radiológico, se podrá establecer en otros posteriores y siempre se logrará realizarlo antes que el clínico, pero siempre en un período conveniente donde el cirujano pueda obtener aún un resultado bueno o la curación con el tratamiento quirúrgico.

Considero pues que la radiología es de capital importancia en el diagnóstico del cáncer gástrico incipiente en cuya investigación se debe adoptar la siguiente conducta: todo enfermo de 45 a 50 años con dispepsia, tiene que ser examinado por el médico y en seguida examinado por el radiólogo que lo estudiará y no lo dejará hasta no tener la seguridad absoluta que es un cáncer o no, y si existe la menor duda se debe operar, explorarlo quirúrgicamente. Sabemos que puede haber múltiples dudas y sorpresas, como le pasó a Gosset con Guttman, quien diagnosticó radiológicamente un cáncer de estómago; Gosset lo opera, lo exploró y no encontró el cáncer y afirmó que no era un cáncer y a los seis meses, con gran satisfacción de Guttman, lo tiene que reoperar por evolución evidente del cáncer gástrico que Gosset no encontró en su primera operación.

Frente a hechos tan evidentes creo que tenemos que cambiar fundamentalmente nuestros métodos clínicos de diagnóstico y modificar la Patología actual. Cuando los estudiantes y médicos aprendemos en la Patología el diagnóstico del cáncer gástrico, vemos que se dan como síntomas de tal lesión el dolor, el tumor y la hemorragia y eso no puede ni debe ser, pues esto no es verdad en la etapa inicial del cáncer, cuando es posible extirparlo y curarlo.

El diagnóstico tiene que basarse en la patología funcional inicial, sospecharlo el clínico, por los primeros síntomas iniciales y comprobado y confirmado por los rayos X, y así llegaremos a tiempo y oportunamente. Porque seguimos diagnosticando los cánceres gástricos de acuerdo con nuestra vieja y rutinaria práctica clínica, es que los resultados terapéuticos constituyen el desastre más grande de la cirugía, pues estos resultados son pavorosos e inaceptables dentro del progreso actual de la Cirugía.

Considero que debemos meditar muy seriamente este capital problema terapéutico y de ocuparnos de estos apasionantes y terribles problemas sociales, pues más que nadie la Sociedad de Cirugía, tiene una responsabilidad extraordinaria y es ella la que debe tomar la dirección para su modificación y corrección.

Creo que todos los cirujanos debemos preocuparnos del serio problema del cáncer gástrico y llegar hasta el nombramiento de una comisión, con un programa determinado para conseguir en la mejor forma posible que se pueda obtener un diagnóstico incipiente oportuno y conveniente. Ya en

nuestro medio hay instituciones que se han ocupado de esto y entre ellas se destacan la "Liga contra el cáncer uterino" y la "Asociación Uruguaya de Lucha contra el cáncer", muy bien dirigida esta última, por el doctor Couture, quien se ha preocupado mucho de realizar una activa profilaxis y muchos de los miembros de la Asociación y profesores de la Facultad han colaborado eficazmente en favor de esa profilaxis; pero considero que lo fundamental de esa campaña, como insistí en las reuniones de la Asociación, no deben ser para el público, conviene sí, ilustrar al público, pero fundamentalmente es a los médicos, a quienes hay que informar de estos desastres del cáncer, a esos médicos que ven las dispepsias gastro-duodenales, que son tratadas seis, ocho meses a un año con medicaciones anodinas, y hay que llamarles la atención de que un enfermo con dispepsia, de 45 a 50 años de edad, tiene que ir al radiólogo, porque casi seguramente tiene ese enfermo un cáncer y la única manera de salvarlo es con un diagnóstico a tiempo y oportuno.

Esa es la única vía de salvación que tenemos para los pacientes de cáncer gástrico y hago moción para que la "Sociedad de Cirugía" nombre una comisión encargada de programar una profilaxis amplia y efectiva contra el cáncer gástrico.

Dr. A. Chifflet. — La comunicación del Dr. Larghero de la sesión pasada, tenía un centro, del cual nosotros no podemos entrar en discusión y es el desastroso pronóstico de los enfermos con cáncer de estómago. En ese sentido creo que todos nosotros tenemos que acompañarlo ya sea por la experiencia propia como por la lectura realizada de autores que tienen estadísticas globales grandes. Ahora, frente al hecho el profesor Larghero reacciona en una manera, yo diría, intensa, violenta. Y yo lo recalco porque frente a su actitud, yo no diría que la comparto, sino que la admiro y que sería de desear que a todos se nos contagie esa angustia y hasta salida de tono, de vez en cuando, frente al hecho evidente de que los cánceres de estómago se mueren. Sería de desear que se cree un estado de espíritu en el seno de todos los médicos, que los convenza de que el cáncer de estómago en este país como en la mayor parte del mundo se muere y que debemos buscar los procedimientos a nuestro alcance para evitar que esto siga sucediendo.

Ahora, el profesor Larghero, yendo al análisis de los casos, de los desastres en el cáncer de estómago, deja de lado todo el capítulo que se refiere al tratamiento quirúrgico es decir a los desastres que podrían resultar de la terapéutica y centra su comunicación en los problemas que se refieren al diagnóstico. Yo no estoy de acuerdo con el profesor Andreón de que no se puede dejar de lado la técnica operatoria, no se puede dejar la labor del cirujano de lado. Es cierto que las posibilidades de perfeccionamiento en el terreno quirúrgico no hacen suponer un cambio radical en la estadística, pero yo como cirujano tengo la obligación antes de analizar las actuaciones defectuosas de un colega, entonar el "mea culpa" y reconocer no ya en Larghero, en tal o cual persona, sino de que la cirugía es

responsable de que muchos enfermos se dejen morir y es responsable de muertes en enfermos cancerosos de estómago. Hay enfermos que han ido al cirujano, que éste ha considerado que no deben intervenir por razones que él considera de inoperabilidad, equivocadamente, por un tumor muy grande o un tumor que estenosa el píloro y da un estómago enorme o un tumor que da metástasis en algunas regiones, que es extirpable.

En segundo lugar hay enfermos que son víctimas de los cirujanos y uno de ellos al cual me quiero referir es el que figura muy a menudo en los programas operatorios con el nombre de laparotomía exploradora; en algunos servicios se considera la laparotomía exploradora como una operación sencilla, segura que se abre para mirar y se olvidan muchas veces que ella requiere en un enfermo un pre-operatorio mucho más riguroso, más ajustado que el que se indica para la gastrectomía, cuando se va a sacar el estómago y necesita que la laparotomía exploradora no la haga un ayudante o asistente de 2ª categoría, sino que la laparotomía exploradora debiera hacerla siempre el más capacitado del servicio porque en ella se ve la posibilidad de operación radical en un enfermo que clínicamente y radiológicamente puede estar condenado.

El otro asunto que se refiere al cirujano es de técnica. Se cometen errores. Yo no creo que se pueda decir que la cirugía de este país hace pre y post operatorios de los cánceres de estómago, siempre bien. No creo que se hagan los abordajes, la técnica de resección y la reconstitución de la continuidad, siempre bien; bastante bien, sí; pero que el ambiente quirúrgico nuestro esté saneado y que se esté haciendo lo mejor que se puede hacer, no.

En fin, hay otro motivo de comentario del punto de vista quirúrgico y es el siguiente: que con el vientre abierto y lesiones a la vista, no siempre el cirujano hace lo que debe hacerse. A veces hace menos, por temor a la gastrectomía o a una operación paliativa que da sobrevida y a veces sobrevida mayor que una gastrectomía. A veces hace más de lo que debe hacerse. En ese sentido creo que se matan enfermos cuando se hacen gastrectomías en sujetos que por las condiciones regionales, generales se puede prever a ciencia cierta que pasará mal el post operatorio, y esos enfermos son tan víctimas como los enfermos vistos por el radiólogo a quien se le escapa la imagen del neoplasma, de la pequeña curva.

Quiero insistir en esto, no tanto para decir en que debe saberse la técnica operatoria, sino para insistir que el cirujano puede ser responsable del mal tratamiento del enfermo y que le cabe tanta responsabilidad como al que interviene mal en el diagnóstico.

En lo que se refiere al diagnóstico es indudable que frente al problema del cáncer y con el criterio que la intervención quirúrgica está justificada porque saca el tumor en las etapas primeras, es lógico que sea de desear una operación lo más pronto posible.

Pero yo tengo la impresión de que pensando siempre en ver al enfermo lo más pronto posible, hemos llegado a considerar que un enfermo es inoperable sólo porque lo vemos demasiado tarde. Se piensa en cance-

rología demasiado en relación con el tiempo, olvidándose que los tumores son variados y variadas las circunstancias, — variados los terrenos y que muchas veces no depende del tiempo, sino de la evolución del tumor y eso acarrea a veces serios perjuicios del punto de vista de ciertos enfermos. Hay gente que ha oído decir insistentemente que hay que hacer diagnóstico precoz, oportuno, que el cáncer de estómago si no es incipiente no se puede operar y dicen: "Tengo un enfermo que hace un año que está con cáncer de estómago. No es incipiente o precoz, por lo tanto ya no es operable". Profundo error, porque al año de evolución, dos años, se pueden tener lesiones curables. Pueden, en cambio, no ser curables en un sujeto con neoplasma de 15 días. Hay que sobreponer frente al criterio tiempo, el criterio tipo de tumor y que hay tumores que por su naturaleza, en su modo de crecer, de dar metástasis en determinadas zonas o por su naturaleza que repercute sobre el organismo dando cuadros de impregnación neoplásica, son más graves desde el principio que un neoplasma que no tiene esas características durante meses y ha evolucionado silenciosamente, es decir que debemos pensar por el factor tiempo, pero debemos pensar muy seriamente por el factor calidad y tipo de tumor y decirle a todos los médicos que es necesario que el neoplasma venga al cirujano con la mayor prontitud posible, pero no decirle que si no es incipiente, prematuro, el enfermo escapa a los recursos de la cirugía.

A mí se me ha ocurrido pensar que nosotros, dado que el diagnóstico lo basamos en el informe radiológico, nos hemos acostumbrado a pensar en cáncer de estómago con una mentalidad radiológica y uno oye hablar de cáncer de estómago, y hasta los propios cirujanos hablan en radiólogos, y hablan que operaron un cáncer de nicho, con imagen tal de pequeña curvatura, es decir que ya la radiología tiene tal jerarquía dentro del diagnóstico que se ha impuesto hasta en la designación del tipo de tumor. Y bien, la radiología constituye indudablemente el puntal más importante en el diagnóstico, pero no es todo y eso me lleva a mí a analizar dos partes para terminar mis palabras: en primer lugar qué debe entenderse por examen radiológico para hacer crítica a los radiólogos y en segundo lugar, que participación tiene el examen radiológico en el diagnóstico del cáncer de estómago. Se habla de los radiólogos, y de la radiología: son cosas distintas: la radiología es un procedimiento que hecho por los mejores radiólogos y en las mejores condiciones, da en el cáncer de estómago, un porcentaje de errores de diagnóstico, es decir que no diagnóstica. Es decir las estadísticas generales en países extranjeros, dan alrededor de un 10 % en que el neoplasma de estómago no se diagnostica aunque no sea incipiente. Otra cosa son los radiólogos, otra cosa son las condiciones de trabajo, las comodidades de aparato, el número de enfermos que tiene que ver el radiólogo, es decir todo eso que constituye las dificultades a las cuales se refería el Dr. Prat, para hacer realmente la radiología eficaz. De todo eso que no lo voy a analizar en detalle, surge que los exámenes radiológicos en nuestro país pueden no ser satisfactorios en el sentido de darnos

una información categórica o exacta de neoplasma, y de eso depende un porcentaje de responsabilidad a la radiología, otro porcentaje al instrumental, al material, a las necesidades de apuro, a las condiciones del examen y queda un porcentaje a las deficiencias de los radiólogos, deficiencias de los radiólogos que yo las acepto. No todos los radiólogos tienen la preparación y competencia para diagnosticar el neoplasma en buenas condiciones, como acepto las diferencias de nuestro gremio, dentro de los cirujanos, porque no todos los cirujanos operan el cáncer de estómago en las mismas condiciones y tienen los mismos resultados.

Relacionando al radiólogo con el clínico, diría que el examen radiológico es indispensable para el diagnóstico de neoplasma, pero que el clínico confía demasiado en las palabras del radiólogo. El clínico tiene la obligación de recoger las aseveraciones del radiólogo para incorporarlas a su observación clínica y sacar en definitiva junto con el radiólogo el fallo definitivo, pero el clínico que, clínicamente cree que hay un neoplasma, cuando llega al informe radiológico y dice que no hay nada en el estómago, tiene la obligación de seguir pensando que su enfermo tiene un neoplasma porque la radiología no es absoluta, porque existen fallas en el procedimiento de investigación o porque al radiólogo se le pudo haber pasado. No creo que toda la responsabilidad es de la radiología sino que el clínico que no se puso en contacto con el radiólogo es tan responsable como quien equivocó con la radiología el diagnóstico.

Dr. R. Zerboni. — Muchas de las cosas que iba a comentar, con respecto al trabajo del Dr. Larghero ya las han dicho mis antecesores. Solamente voy a hablar de uno de los factores con que el Dr. Larghero dividió su trabajo con relación a la radiología. Y voy a hablar como radiólogo.

Estoy completamente de acuerdo con lo que manifestó el Dr. Zubiaurre, con respecto a la radiología en el diagnóstico del cáncer gástrico.

El único método que existe en la actualidad para poder hacer el diagnóstico incipiente es la radiología, así como también el único tratamiento que hay es la extirpación.

En el trabajo del Dr. Larghero al comentar los factores radiológicos se refiere en modo especial a dos casos en los cuales uno en un examen radioscópico y el otro en un estudio radiológico, no se encontró el neoplasma, que apareció posteriormente en nuevos estudios. Para hacer un examen radiológico se precisa un equipo y un radiólogo, cualquiera de los dos factores que sea insuficiente va a hacer insuficiente el resultado. Para llegar a sacar buenas placas radiográficas se precisan meses de práctica y para hacer buenos estudios radiológicos de estómago, se precisan muchos meses, como también se precisan varios años para hacerse cirujano. El estudio radioscópico de estómago es insuficiente para pesquisar un neoplasma gástrico, pues el cáncer al comienzo es infra-radioscópico, y nunca por este método va a poder hacerse el diagnóstico precoz. Para poder alcanzar éste será necesario no una radiografía sino muchas radiografías.

Algunas veces los radiólogos se ven obligados a efectuar los exámenes en condiciones que podríamos llamar defectuosas, ya por la cantidad enorme de trabajo, como es corriente en las Policlinicas Radiológicas de los Hospitales y otras veces en las Sociedades Mutualistas que se ven inhihibidos de efectuar un estudio detallado por los gastos que demandan.

Cuando el Dr. Larghero me pidió que examinara los enfermos de su Clínica del Hospital Pasteur le manifesté que con el aparato que él posee no era posible hacerlo, los exámenes de esa clínica se efectúan en mi consultorio particular. Allí dispongo de un equipo, así como del material y tiempo necesario. En las mismas condiciones que yo, otro radiólogo hubiera encontrado lo que no se encuentra en un examen defectuoso. Se habla siempre del diagnóstico precoz del cáncer gástrico, pero debemos analizar como llegan la mayor parte de las veces al radiólogo los enfermos que padecen ese mal. El enfermo va a la sala de rayos con un cáncer ya tan avanzado, que sólo queda la laparotomía exploradora o la morfina como tratamiento. No voy a hablar de estos casos, pero sí del neoplasma pequeño e incipiente en que la cirugía puede actuar con todo éxito, en esos casos sí la radiología interviene como factor primordial y principal. Si el Dr. Larghero quiere enseñar una de las placas de su colección a que se refirió en modo particular durante su disertación, podrá apreciarse como en un enfermo con una lesión prepilórica que la radiología rotuló de lesión altamente sospechosa de malignidad, el cirujano solamente comprobó con la pieza en la mano una úlcera callosa y ganglios que no tenían aspecto neoplásico. El examen histológico confirmó que era una neoplasia ulcerada y que había además metastasia ganglionar. Es de preguntarse si todos los enfermos pudieran ser intervenidos en estas condiciones, si la cirugía no bajaría el porcentaje de corta sobrevida, que nos mostró el Dr. Larghero.

Con una lesión como esta ya la radiología mostró que era altamente sospechosa, donde el examen macroscópico, sólo hizo pensar en una lesión benigna, y que por último la histología la rotuló como maligna.

Dr. Etchegorry. — ¿Vive todavía ese enfermo?

Dr. Larghero. — Sí señor, llega a un año de operado.

Dr. Zerboni. — Como dice el Dr. Chifflet existen distintos tipos de neoplasmas dependiendo la evolución de la naturaleza y del terreno de los mismos. Al otro asunto que yo quería referirme, es a la relación entre las úlceras y los neoplasmas de estómago, asunto muy debatido y muy importante. Hay úlceras que aparecen radiológicamente con su imagen de nicho típica y que la evolución radiológica muestra la desaparición del nicho, ésta es una úlcera benigna; pero hay otras con sus mismas características radiológicas que persisten y no desaparecen a pesar del tratamiento, y hasta pueden algunas veces mejorar algunos síntomas clínicos: ésta la consideramos como un neoplasma en potencia, lo demuestra la evolución. En muchos de estos casos basta leer la historia clínica para ver que

con el tiempo cambian los sufrimientos y cuando en última instancia llegan al cirujano es un neoplasma constituido.

Recuerdo que en el año 1941, se mostraron en el Servicio del Prof. Navarro siete piezas anatómicas de úlceras perforadas de estómago, de esas siete piezas tres eran neoplasmas perforados; considerábamos, en aquel tiempo, que las úlceras perforadas no eran úlceras neoplásicas.

Es sobre todo con respecto a las úlceras, que se debe insistir pues se puede muchas veces evitar las transformaciones neoplásicas, pero creo que la unión de la clínica con la radiología como se hace en la actualidad va a poder descubrir muchos neoplasmas y poder llegar a encontrar lesiones extirpables e incipientes, y que no llegue a suceder como es frecuente actualmente que el médico se sorprende cuando se hace un diagnóstico de neoplasma avanzado y con gran asombro nos dice que el paciente no tiene adelgazamiento, no se palpa el tumor o no presenta un estado de anemia.

Creo que debe hacerse una campaña para hacer recordar a los médicos de lo que dijo el Prof. Guttman hace muchos años: "Todo trastorno gástrico que persiste o antiguo que se modifica debe rotularse de maligno mientras no se demuestre lo contrario.

Dr. Félix Leborgne. — La insistencia del Prof. Larghero en el diagnóstico precoz del cáncer gástrico es digna del mayor encomio dada la frecuencia y baja curabilidad de esta afección.

Los trabajos de Guttman representan un proceso efectivo en el estudio y diagnóstico del cáncer gástrico; a pesar de esto cabe la duda de que en la práctica el diagnóstico precoz sea posible efectuarlo en un número suficiente para modificar el índice actual de curaciones de esta afección.

Es por eso que sería interesante conocer el porcentaje de cánceres inoperables, relativamente avanzados y precoces que se obtiene en los medios especializados que dirige Guttman.

Es necesario destacar que Guttman por medio de la radiología ha diagnosticado neoplasmas tan precoces que son inaparentes al acto quirúrgico, mismo con el estómago abierto, lo que constituye un hecho importante que permitiría una solución del problema con los métodos terapéuticos actuales.

Sin embargo sería necesario conocer si ha habido errores de diagnóstico y en qué número, con esta táctica, pues una gastrectomía, por la sola información radiológica, no es, desde luego, una conducta que pueda ser elegida sin una gran precisión de diagnóstico.

Dr. P. Larghero. — Tengo que agradecer a los consocios que se han ocupado de esta comunicación, y no se me escapa que el interés con que se ha tomado este tema no ha sido por la comunicación misma sino por el interés del problema. Yo considero que en el estado actual de la Medicina universal y particularmente en nuestro medio, el tratamiento del cáncer del estómago pese a lo avanzado de la técnica, no progresa absolutamente en nada, desde lo que nosotros vimos hace 20 años, en lo que se

refiere a sobrevidas alejadas, y digo nada, porque no es progresar nada, obtener que de cien cánceres de estómago sigan viviendo 5 años después, solamente 6.

Consideramos que el problema del cáncer de estómago, es del punto de vista de la exéresis, un problema abdominal, y para resolver ese problema, hay que sacar la mayor parte del órgano o todo el órgano y todas las vías linfáticas y los ganglios regionales, hasta donde lo permita la anatomía; esa directiva es común a todos los cánceres de la economía. En ese sentido, todo cáncer de estómago que se pueda resolver por una laparotomía, debe ser resuelto por una laparotomía; este concepto al cual hemos llegado nosotros, lo encontramos corroborado en estadísticas de Pack, que ha tratado en su primera serie de gastrectomía total con 41 casos, 40 por vía abdominal, y 1 por vía trans-torácica; vía trans-torácica que es de elección para cierto tipo de cánceres, de cánceres situados altos donde no se trata de un problema simple de exéresis, sino de resección de esófago y de sutura cómoda.

Quiero decir algunas cosas a fin de aclarar lo referente a la técnica. Estoy completamente de acuerdo con lo que han dicho los Dres. Chifflet y Andreón, de que la gastrectomía no se hace siempre para cáncer, con la noción de cirugía de cáncer; no es lo mismo hacer gastrectomía para cáncer que gastrectomía para úlcera. Es común que nos lleguen al laboratorio de Patología piezas de gastrectomía de aspecto exterior idéntico, tanto por la magnitud de la exéresis gástrica como por la longitud de los pedículos vasculares, aunque unos correspondan a cánceres y otros a úlceras.

Las láminas expuestas para explicar lo que debe ser entendido por gastrectomía ensanchada para cáncer, son terminantemente demostrativas.

Para finalizar y refiriéndose al objetivo que motivó esta presentación, creemos que la mejoría de los resultados sólo puede provenir del diagnóstico precoz. Enfermos, médicos, radiólogos y cirujanos, estamos implicados en esta dificultad y para comenzar a resolverla, el factor económico y de organización es capital. Recogiendo la sugestión del Prof. Prat, consideramos que la ingerencia del Estado en la creación de un Centro de diagnóstico del cáncer gástrico, es indispensable y está justificada, porque esta afección es responsable de 800 muertes anuales.