

Trabajo de la Clínica Quirúrgica "A" — Prof. Dr. C. Stajano

## SOBRE CUATRO CASOS DE CANCER GASTRICO INCIPIENTE (\*)

Dres. F. Mendy, L. Zubiaurre, N. Toledo y J. C. Priario

El interés de esta comunicación radica en el hecho de presentar formas relativamente incipientes de neoplasma gástrico, tema del que existen pocas publicaciones en nuestro medio. La primera (1950) corresponde al interesante y muy documentado trabajo de Lorenzo y Lozada H. y Piovano S. (8). Uno de nosotros (Toledo Correa) presentó en la Sociedad de Anatomía Patológica, un caso de cancerización superficial con invasión mínima de la submucosa estudiado seriadamente, en que el 75 % de la mucosa gástrica estaba cancerizada en superficie (11).

Es obvia la importancia de diagnosticar y tratar un neoplasma en sus primeras etapas. Es sabido, en efecto, que la invasión linfática comienza cuando el neoplasma destruyó la basal del epitelio e invade el corion (etapa mucosa); pero esta invasión es mayor cuando sobrepasó la muscularis mucosæ e invadió la submucosa, zona rica en linfáticos (etapa submucosa).

En cuanto a la etapa más precoz, es decir la proliferación epitelial sin desbordar la basal (cáncer in situ), en que no hay aún invasión parietal ni linfática, y que es teóricamente la etapa ideal para tratar el cáncer, se encuentra raramente, siendo escasas las observaciones. Nosotros traemos una (caso I).

Las etapas del cáncer del estómago son, pues, siguiendo a Albot y Toulet (1) :

Estadio O o cáncer "in situ": no sobrepasa la basal del epitelio.

Estadio I o cáncer de la mucosa: no sobrepasa la muscularis mucosæ.

---

(\*) Trabajo presentado en la Sociedad de Cirugía, el día 31 de octubre de 1956.

Estadio II o cáncer de la submucosa.

Estadio III o etapa parietal del cáncer de estómago clásico: invade la muscular y aún la serosa.

Los primeros trabajos a este respecto se deben a Gutmann (5), quien presenta en 1939 numerosas observaciones. Anteriormente a él hay un caso descrito en la literatura norteamericana (Cabot Case, 1935) (4), que corresponde a un cáncer "in situ". Se presentan, luego de este impulso inicial dado por Gutmann, numerosas comunicaciones en el extranjero. La tesis de Toulet (1950), se basó sobre 277 observaciones de cáncer gástrico de comienzo (12).

### CASUÍSTICA

CASO 1. — R. H. P. Reg. 023 - 490. Hombre de 34 años, que desde hace 8 años tiene un sufrimiento epigástrico post-prandial tardío, tipo ardor, no periódico, con vómitos que lo calman.

Desde hace 3 meses se intensifica su sufrimiento y se hace diario; aparecen melenas.

En el último año adelgazó 14 kilos. El examen físico es negativo. Estudio radiológico de estómago y duodeno, en fecha 16 - XII - 55: estómago con pliegues mucosos engrosados e hipersecreción. Normotónico, con buen peristaltismo y evacuación normal.

El bulbo duodenal muestra escotadura permanente del borde inferior, pliegues gruesos edematosos, de disposición radiada, y un pequeño depósito con caracteres de nicho ulceroso.

Un nuevo estudio se hace en fecha 15 - 11 - 56: Estómago con pliegues engrosados, con aspecto de gastritis. Bulbo duodenal de contornos normales, con pliegues engrosados y edema de la mucosa. No se observa nicho típico. Gastro - duodenitis.

Colecistografía normal. Quimismo gástrico: discreta hipoclorhidria. Gastritis.

Se indica tratamiento médico que sigue durante 20 días, pero su malestar prosigue y hace una melena de moderada intensidad. Frente a ello y con diagnóstico de ulcus duodenal complicado, se interviene.

**Operación:** 24 - III - 56. Gastrectomía subtotal. Dr. Juan C. Abo.

La exploración muestra: Estómago y duodeno normales a la inspección y palpación.

Hígado y bazo normales. Vesícula normal. Se decide practicar la gastrectomía por la sospecha vehemente de un ulcus duodenal.

**Anatomía patológica** (3.349. Dr. Cassinelli). En la pieza abierta no se perciben caracteres de lesión ulcerosa definida en la pared duodenal. La mucosa del antro tiene un aspecto particular de gruesos pliegues y mamelones, que parecen deprimidos en el centro.

**Histología** de un fragmento sobre la cara anterior piloro - duodenal

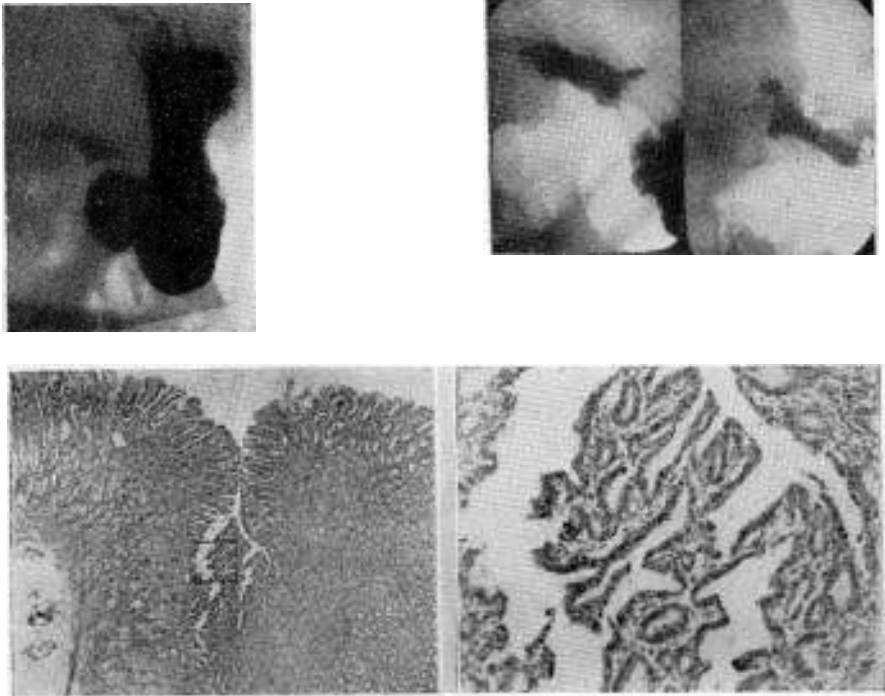


FIG. 1. — En las radiografías no se observan signos que permitan afirmar lesión orgánica gástrica. El bulbo duodenal presenta pequeñas irregularidades de los bordes y alteración del relieve mucoso, con pliegues engrosados. En la preparación se ve un enfoque topográfico a nivel de las criptas, en cuyo fondo es predominante la transformación carcinomatosa en situ. El estudio histológico muestra un detalle de la zona anterior (en la zona señalada). Intensa actividad proliferativa epitelial. Mitosis abundantes, desordenamiento celular, hiper cromatismo nuclear y basofilia citoplasmática. Todo este proceso se mantiene dentro de los límites de la membrana basal.

y un fragmento de la mucosa antral. En los fragmentos examinados no hay caracteres de ulceración actual ni vestigios de cicatrización. Existe un estado de hipertrofia de la mucosa antral, por hiperplasia glandular. Hay zonas superficiales de la mucosa con modificaciones del tipo epitelial y caracteres de atipismo citológico y desorden en la línea epitelial que, en nuestra opinión, traducen un estado de cancerización "in situ".

Especialmente hay un foco, que se ubica en el fondo de la umbilicación de un mamelón, donde los signos histológicos nos parecen definitivamente convincentes en este sentido, corroborado por la presencia de numerosas mitosis.

**En síntesis:** Hallazgo fortuito de un cáncer de extremo inicio de estómago, no sospechado por la clínica, la radiología ni la exploración quirúrgica, y sólo diagnosticado por el estudio histológico (Estadio 0).

CASO 2. — R. B. Reg. 023 - 214. Hombre de 47 años, que desde hace 2 años tiene dolores epigástricos post - prandiales tardíos, no selectivos, no periódicos, que calman espontáneamente al cabo de 2 ó 3 horas; en ocasiones tiene vómitos que lo alivian.

Adelgazamiento de 20 kgrs. sin astenia ni anorexia.

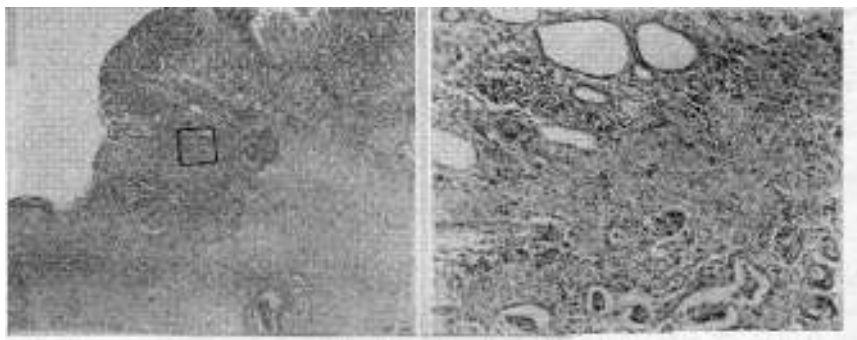
El examen físico es negativo.

La colecistografía muestra una litiasis vesicular a cálculo único.

El estudio radiológico de gastro - duodeno muestra un gran nicho en la porción angular, flanqueado por 2 zonas con defecto del relleno, y aspecto ondulado de la pequeña curva prepilórica. Con diagnóstico de lesión gástrica ulcerada y litiasis vesicular, es intervenido.



FIG. 2. — En la radiografía se observa imagen de nicho intraluminal en el ángulo de la pequeña curva, con imagen lacunar de ésta e irregularidades del contorno. La preparación muestra el borde proximal (cardial) del carcinoma ulcerado. Infiltración de la muscularis mucosa en una zona limitada, con invasión mínima de la submucosa.



**Operación:** 3 - 11 - 56. Gastrectomía subtotal. Colecistostomía. Doctor Jorge Burjel. La exploración mostró en cara posterior de estómago, próximo al ángulo, una gruesa lesión de aspecto ulceroso con halo de edema. Pequeñas adenopatías de la cadena coronaria. Hígado normal. Vesícula con un grueso cálculo único.

**Anatomía patológica** (3.061. Dr. Cassinelli).

Sobre la vertiente posterior de pequeña curva, un poco encima de su parte media, y extendida hacia la cara posterior, existe una lesión ulcerada de 3 cmtrs. de diámetro, de contorno neto, de fondo liso, relativamente superficial.

Al corte el proceso ulceroso no destruye la capa muscular y es sospechoso de naturaleza maligna.

**Histología:** Ulceración péptica de un epiteloma superficial de estómago. En los dos extremos de la ulceración hay una proliferación adenocarcinomatosa de la mucosa gástrica; en el borde superior hay un foco mínimo de infiltración adenocarcinomatosa por debajo del extremo destruido de la muscularis mucosæ. La extensa ulceración intermedia tiene todos los caracteres de una ulceración crónica superficial del estómago, con submucosa fibrosa y edematosa, y una muscular propia conservando su continuidad como capa, aunque infiltrada, disociada y atrófica por la infiltración fibrosa.

Los ganglios examinados no tienen colonización tumoral secundaria.

**En síntesis:** Cáncer en etapa mucosa, iniciando la invasión submucosa. (Pasaje del estadio I al estadio II).

CASO 3. — L. S. F. Reg. 018 - 007. Hombre de 34 años. Desde hace 4 años presenta dolores epigástricos, post-prandiales tardíos, evolucionando por crisis de una semana de duración, con períodos de acalmia de varios meses. Hace 3 años tuvo una hemorragia digestiva severa, con hematemesis y melena, por lo que fue intervenido de urgencia, en hospital del interior.

En el acto operatorio no se encontró al examen de gastro-duodeno lesión alguna, cerrándose la laparotomía luego de la exploración. Pasa 9 meses bien, luego de lo cual reaparecen sus crisis post-prandiales y repite sus melenas.

Al ingreso, el examen físico, fuera de moderada anemia, fue negativo.

No hay elementos, clínicos ni de laboratorio, de cirrosis.

El estudio radiológico de gastro-duodeno mostró: esófago normal; estómago normal.

Bulbo duodenal deformado, con pliegues que tienden a la disposición radiada, sospechoso de lesión, pero sin imagen típica de nicho.

Estos datos se repiten en un segundo estudio radiológico. Con diagnóstico de probable úlcus duodenal complicado de hemorragias es intervenido.

**Operación:** 29 - X - 55. Gastrectomía subtotal. Dr. Julio C. Priario.

Liberadas las adherencias, secuela de su intervención anterior, se encuentra un duodeno al parecer normal, y un estómago con múltiples adherencias en ambas caras; la posterior, al nivel de pequeña curva, está adherida al páncreas. No hay adenopatías. Hígado normal.

**Anatomía patológica:** (2511. Dr. Cassinelli).

En la pieza abierta no hay lesión macroscópicamente ostensible en el cabo duodenal.

En la cara anterior de estómago, en la zona inmediatamente contigua al borde cardial de exéresis, existe una lesión de aspecto ulcerativo superficial, de contornos muy irregulares, de 20 por 15 mms. de extensión;

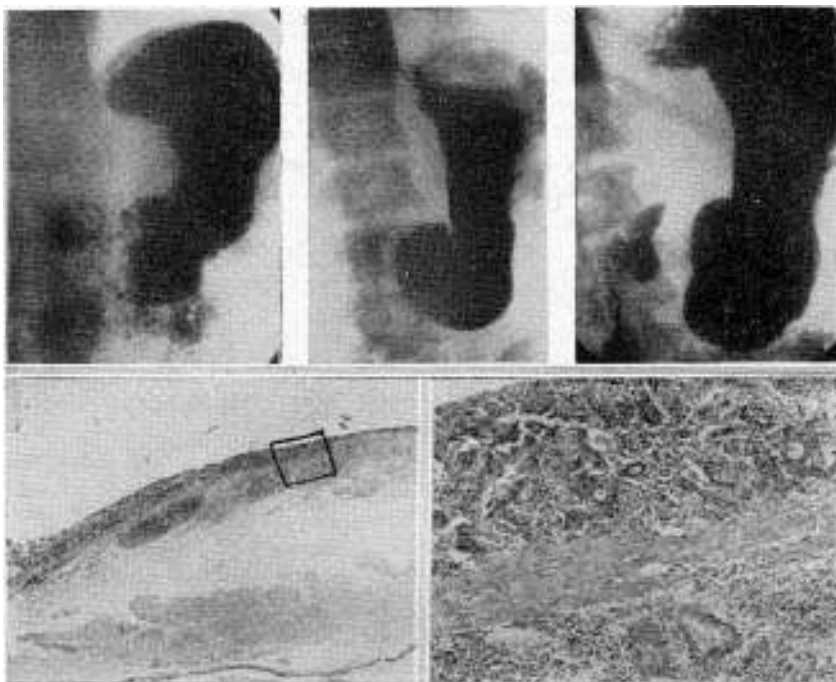


FIG. 3. — En las radiografías de pie y en decúbito dorsal y ventral no se observan signos de lesión orgánica gastro-duodenal. La preparación muestra un aspecto topográfico de la lesión blastomatosa ulcerada. Superficie de la úlcera constituida por carcinoma. Proceso inflamatorio crónico por debajo con integridad total de las tónicas musculares. En el detalle de la zona señalada por el cuadrilátero se ve la cancerización en superficie, ulcerada. La hiperplasia atípica respeta la muscularis mucosae en la zona enfocada, infiltrándola en cambio en otras zonas.

la mucosa que lo rodea está engrosada formando un pequeño rodete. Al corte se observa que la muscular conserva su integridad.

**Histología:** Epitelioma primitivo gástrico, de desarrollo relativamente superficial. Los bordes de la zona tumoral muestran un corto sector de cáncer superficial, es decir situado por encima de la muscularis mucosae conservada; pero la mayor extensión del proceso coincide con destrucción de la muscularis mucosae e infiltración epiteliomatosa de la submucosa.

**En síntesis:** forma más evolucionada que la anterior y que corresponde al estadio II.

**CASO 4.** — Hombre de 58 años. Desde hace 10 años tiene una dispepsia con dolores post-prandiales tardíos, periódicos. Hace 2 años se intensifican sus dolores. Desde hace 3 meses, éstos son permanentes. Moderado adelgazamiento.

El examen físico fue negativo.

## BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY

Gastro-duodeno: 27 - X - 55. — Gruesa imagen de nicho en el sinus angularis, con convergencia de pliegues en esa zona y escotadura opo-  
nente en la gran curva. La pequeña curva aparece retraída y el píloro  
es excéntrico.

Quimismo gástrico: discreta hiperclorhidria. Reacción de Weber: po-  
sitiva.

Con diagnóstico de úlcus de pequeña curva, es intervenido.

**Operación:** 3 - III - 56. Dr. Julio C. Priario. Gastrectomía subtotal.

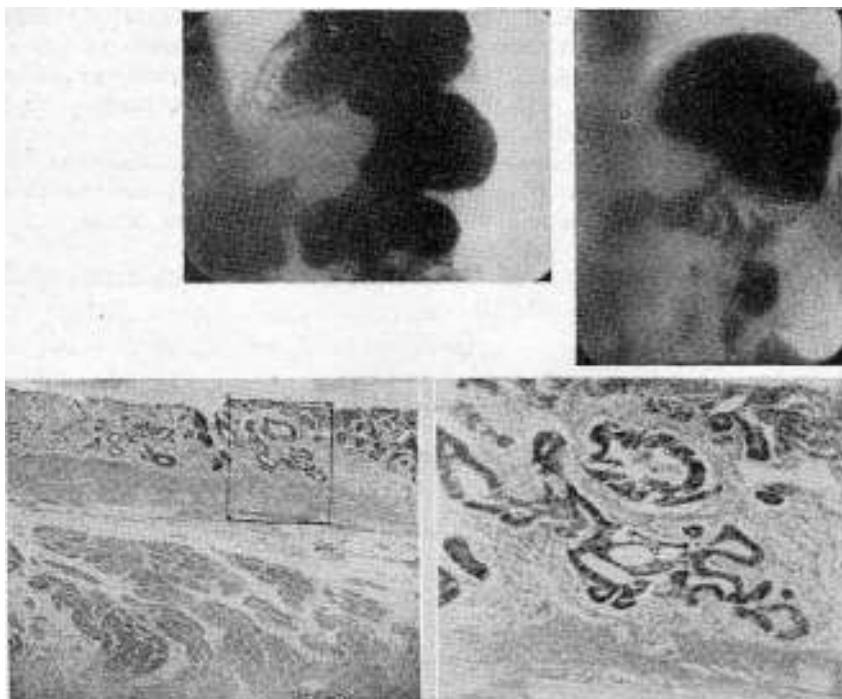


FIG. 4. — En las radiografías se observa imagen de nicho en la pequeña curva y evidente convergencia de los pliegues hacia el nicho. La preparación muestra la cancerización superficial extensa en el extremo pilórico de la ulceración crónica. En el detalle se ve que la hiperplasia atípica en superficie, respeta la muscularis mucosae en su mayor extensión. (Hay sin embargo, otras zonas en donde dicha capa tiene un comienzo de infiltración).

En la zona de la incisura angular de pequeña curva aparece una lesión con el aspecto de una úlcera callosa, con gran infiltración del pequeño epiplón, adherida al páncreas y cara inferior de hígado. No hay adenopatías. Hígado normal. Se liberan las adherencias, abriéndose el estómago en su zona lesional en estas maniobras. Se practica gastrectomía en gotera.

**Anatomía patológica** (3235 Dr. Cassinelli).

Aproximadamente en la parte media de la pequeña curva existe una lesión ulcerosa, de 2.5 cms. de diámetro, perforada prácticamente en toda la extensión de su fondo.

Al corte tiene el aspecto de una úlcera crónica simple del estómago.

**Histología:** Ambos fragmentos (contornos superior e inferior del orificio ulceroso perforado por el despegamiento) muestran los caracteres clásicos de una úlcera péptica crónica, en actividad del estómago, antral prepilórica.

El fragmento inferior muestra cancerización superficial de arquitectura glanduliforme, aunque en el extremo yuxta-ulceroso ya hay algunos tubos epiteliomatosos infiltrando la atmósfera fibrosa que disocia la muscularis mucosae, e incluso la zona de submucosa subyacente. El fragmento superior muestra el progreso de la ulceración péptica en forma de un recoveco que destruye el espesor de la muscular, socavando las capas superiores (submucosa y mucosa), mostrando, desde el punto de vista histológico, el hecho relativamente habitual de que la úlcera progresa hacia el cardias y se canceriza hacia el píloro.

**En síntesis:** Úlcera crónica con transformación epiteliomatosa relativamente incipiente (estadio II).

## CONSIDERACIONES

De los casos presentados surgen algunas consideraciones de interés.

### A. Clínicas.

1º) Notar la juventud en que aparece el neoplasma en algunos de los casos; 34 años en el caso uno, y 34 en el caso 3. La misma comprobación se extrae de la lectura de numerosos casos extranjeros.

2º) El tiempo de evolución relativamente largo de los síntomas antes del diagnóstico: 2 años en uno, 4 años en otro. Gutmann (5) y Albot (2) insisten en la evolución particularmente lenta en el cáncer gástrico de inicio.

3º) En cuanto al aspecto sintomatológico observamos que, salvo el adelgazamiento que era importante en dos casos (14 y 20 kgrs.), no hay elementos clínicos definidos que pueden orientar en la diferenciación con otros sufrimientos gástricos o duodenales, en especial el ulcus, teniendo varios de ellos historias ulceriformes, sin contar el caso 4º que corresponde a una úlcera transformada.

## B. Radiológicas.

El motivo de este trabajo, es para la radiología, un tema siempre de actualidad, por la responsabilidad que a ella le corresponde en el diagnóstico del cáncer gástrico. No es ésta la oportunidad, de entrar al análisis detenido del problema, permanentemente en discusión, de en qué medida el método radiológico, puede contribuir en grado importante a la solución del cáncer del estómago, descubriéndolo en sus etapas de comienzo.

De acuerdo a la concreta finalidad, que nos hemos propuesto nos limitaremos al análisis objetivo, de los hechos que muestran las observaciones que presentamos, teniendo como criterio la correlación entre los hallazgos operatorios, anatomopatológicos y radiológicos.

CASO 1. — La exploración operatoria fué negativa. El estudio anatomopatológico, mostró un cáncer "in situ". La radiología fue negativa, en cuanto al diagnóstico de la lesión gástrica y se pensó en lesión duodenal en un primer examen; y en un segundo control, las alteraciones de la mucosa gastro-duodenal, hicieron sospechar la existencia de una gastro-duodenitis.

Esta observación muestra la imposibilidad de la radiología, de descubrir un cáncer de estómago, "in situ", pues el sustrato anatómico, de los signos radiológicos que pueden encontrarse en esta etapa del cáncer no están dados por la lesión neoplásica, sino por las alteraciones que pueden acompañar al cáncer. El aspecto macroscópico que presentaba la mucosa gástrica con pliegues gruesos y mamelonados, tuvo su correspondencia en el estudio radiológico, lo que hizo plantear el diagnóstico de gastro-duodenitis.

CASO 2. — La exploración operatoria mostró una gruesa lesión de aspecto ulceroso.

La radiología descubrió una evidente lesión ulcerada, que por los caracteres de la zona parietal, donde está la ulceración, que aparece rígida, irregular y con imágenes lacunares, permite sospechar que se trata de un cáncer ulcerado.

La Anatomía Patológica, mostró que el cáncer era superficial en etapa mucosa, iniciando la invasión submucosa, con ulceración péptica, teniendo una submucosa fibrosa y edematosa y

una muscular propia, que conserva su continuidad, como capa, pero está infiltrada, disociada y atrófica por la infiltración fibrosa.

Desde el punto de vista radiológico, esta observación demuestra, confirmando lo establecido en el caso anterior, cómo en un cáncer superficial, las alteraciones radiológicas pueden ser groseras, pues los signos están dados principalmente, no por el cáncer mismo, sino por las lesiones de acompañamiento, las que en este caso están representadas por la marcada fibrosis, tanto submucosa como de la capa muscular.

Es también importante, destacar, que el diagnóstico radiológico de la lesión, en este caso se hizo, pese a que la técnica empleada fue insuficiente, pues aparece con toda claridad, en una radiografía panorámica obtenida en posición de pie.

CASO 3. — La exploración operatoria no permitió hacer el diagnóstico de la lesión.

La radiología fue negativa en el diagnóstico de la lesión gástrica y se sospechó una úlcera duodenal. La Anatomía Patológica muestra un cáncer de la mucosa y submucosa con ulceración superficial.

Esta observación corrobora, lo dicho en el caso anterior; existe mayor extensión lesional neoplásica, que en el caso 2º, y pese a ello, la radiología es negativa, a pesar de que la técnica empleada, puede considerarse correcta y que aún conociendo la existencia de la lesión y su localización, el estudio retrospectivo de los documentos, tampoco permite hacer diagnóstico.

Faltan en este caso las lesiones de acompañamiento, que hubieran creado signos radiológicos que la pusieron en evidencia.

En cuanto al error de diagnóstico radiológico, de sospechar úlcus duodenal, podrían tener explicación en las adherencias creadas por la intervención quirúrgica anterior que podrían modificar la morfología duodenal.

CASO 4. — La exploración operatoria mostró una gruesa lesión ulcerada, con infiltración del pequeño epiplón y adherencias al páncreas e hígado.

La Anatomía Patológica, evidencia que se trata de una gruesa ulceración péptica, con cancerización relativamente super-

ficial. La radiología no tuvo dificultades en el diagnóstico de la lesión, pues los signos están creados por las alteraciones en relación con la gruesa ulceración péptica.

Es de hacer notar que en este caso, existe un signo radiológico, al que se ha pretendido dar un valor casi definitivo en el sentido de benignidad de una ulceración gástrica; la convergencia de los pliegues.

Esta observación confirma lo ya comprobado por nosotros; que la convergencia de pliegues mucosos, aún cuando éstos no se interrumpen, sino que lleguen hasta el sitio del nicho, no invalida la existencia de un cáncer.

### **En resumen:**

Desde el punto de vista radiológico pueden obtenerse las siguientes conclusiones.

1º) Las posibilidades de la radiología en el diagnóstico del cáncer gástrico, en sus etapas de comienzo, están dadas fundamentalmente por las lesiones que acompañan al cáncer, y no por el cáncer mismo.

2º) Que estas alteraciones de acompañamiento, como lo demuestra la comparación de los casos 2 y 3, no siempre están en relación con la extensión del cáncer, pues hay lesiones cancerosas superficiales con gran alteración fibrosa o evidentes ulceraciones pépticas, y otras menos superficiales en las que la fibrosis es muy poca y la ulceración si existe es muy superficial.

Esta circunstancia establece un límite a las posibilidades de la radiología, en el diagnóstico del cáncer gástrico en sus etapas de comienzo.

3º) Que pese a estas limitaciones, aún en manos de radiólogos especializados y empleando inobjetable técnicas de examen, es nuestra obligación continuar en el camino, de estar siempre alerta, para descubrir el cáncer gástrico en sus primeras etapas en aquellos casos en que tal eventualidad está al alcance de la radiología.

### **C. Operatorias.**

Deseamos insistir en la frecuencia con que, al examen externo del estómago, en el acto operatorio, no se encuentra lesión ostensible a la inspección o la palpación. Así ocurrió en el caso 1,

en que el cirujano decide realizar, a pesar de todo, la gastrectomía, frente a la vehemente sospecha de una lesión duodenal; y en el caso 3º, a quien tres años antes de su gastrectomía se le practicó laparotomía por hemorragia digestiva, habiéndose cerrado sin encontrar ninguna lesión en estómago ni duodeno.

Sobre este particular insiste Gutmann (5), a propósito de numerosos casos propios en que, luego de diagnóstico clínico - radiológico de lesión sospechosa gástrica, no se encuentra lesión aparente en el examen per - operatorio del estómago. En algunos casos se realizó igual la gastrectomía, encontrándose la lesión al abrir la pieza o al estudio histológico; en otros casos el cirujano cerró sin gastrectomía debiendo el paciente ser reoperado más tarde frente a la persistencia del sufrimiento, o aún concurriendo con tumor inoperable.

Incidencia semejante ocurrió en el primer caso de cáncer "in situ" descrito en la literatura: con diagnóstico clínico - radiológico de cáncer gástrico, el cirujano, al encontrar un estómago aparentemente normal, rehusa practicar gastrectomía. Se repiten las series radiográficas y, al cabo de 6 semanas, frente a la persistencia de la lesión, se decide ir a la exéresis aunque el examen externo del estómago persista igualmente negativo.

Por supuesto que esta actitud del cirujano supone un concienzudo estudio clínico - radiológico previo, y es por ello que Gutmann preconiza, si se sospecha un neoplasma gástrico de inicio, el test terapéutico - evolutivo, que no tendría objeto para lesiones evidentes y más evolucionadas. Igualmente, en el acto operatorio, la gastrotomía, con exploración directa de la zona sospechosa, puede resolver el problema. En caso de duda<sup>a</sup> la biopsia mucosa de la zona en cuestión puede permitir una solución de futuro. Respecto a la extensión de la exéresis, en todos los casos se practicó gastrectomía simple, no ensanchada, dado que en ninguno se hizo diagnóstico operatorio de neoplasma.

Aunque es muy probable que, en la duración de la sobrevida, intervenga más la precocidad del diagnóstico que la amplitud de la exéresis, creemos que frente a la justificada sospecha o la certeza de un neoplasma, aún de inicio, deben mantenerse los principios generales de la cirugía del cáncer.

## SUMARIO

1º) Existen formas incipientes del cáncer gástrico, cuyo diagnóstico clínico y radiológico es dificultoso.

2º) Es importante el diagnóstico en esta etapa si se quiere mejorar el pronóstico del cáncer gástrico.

3º) Existen formas anatómicas que toman sólo el epitelio, o la mucosa, o invaden la submucosa (formas de comienzo) para terminar en la invasión total de la pared gástrica.

4º) Estas formas de comienzo se acompañan de indemnidad del sistema ganglionar satélite (ausencia de adenopatías metastásicas en todos nuestros casos).

5º) Se acepta que en esta etapa tienen una evolución larga y un pronóstico relativamente benigno.

6º) En los enfermos que presentan un sufrimiento dispéptico gástrico o hemorragias digestivas, y en los que radiológicamente no se encuentran lesiones, debe insistirse en la búsqueda radiológica, pues aunque ésta sea negativa, puede aún existir neoplasma. En estos casos cuando el sufrimiento persiste y hay otras manifestaciones como la hemorragia, nos decidimos por la exploración operatoria.

Esta puede en muchos casos mostrar lesiones evidentes en estómago; en otros casos puede no existir lesión ostensible y, para tener una máxima seguridad, abrimos siempre la transcavidad de los epiplones, para poder tocar el estómago en toda su extensión, y en segundo lugar, de resultar esto negativo, recurrimos a la gastrotomía, que debe ser amplia, tomando cuerpo y antro pre-pilórico, para poder examinar la mucosa. Es sólo en esta forma que pueden encontrarse lesiones localizadas exclusivamente a la mucosa.

## BIBLIOGRAFIA

- 1) ALBOT, G. y TOULET, Y. — "Rapports entre las lésions histologiques et les signes radiologiques des cancers de la muqueuse gastrique". Arch. des Mal. de L'App. Dis. et des Mal. de la Nutrition, 40: 1, 1951.
- 2) ALBOT, G.; PARTURIER-LANNEGRACE, M. et BUHOT, S. — "Sur deux cancers de l'estomac dépistés dès leur début, mais dont la guérison fut compromise par méconnaissance des règles du diagnostic précoce". Arch. des Mal. de L'App. Dig. et des Mal. de la Nutrition, 33: 56, 1944.

- 3) ALBOT, G.; GARCIA CALDERON, G. et MARQUIS, G. — “Les méthodes pharmacodynamiques associées á la compression dans le diagnostic radiologique du cancer de l'estomac au début”. Arch. des Mal. de L'App. Dig. et des Mal. de la Nutrition”. 36: 277, 1947.
- 4) CABOT, CASE. — New England Journal of Medicine. Citado por Gutmann.
- 5) GUTMANN, R.; BERTRAND, . . . et PERISTRANY, Th. — “Le cancer de l'estomac au début”. Doin, 1939.
- 6) GUTMANN, R. — “A propos du diagnostic des miches bénignes ou malignes”. Arch. des Mal. de L'App. Dig. et des Mal. de la Nutrition”. 39: 757, 1950.
- 7) LEDOUX - LEBORD, R.; ALBOT, G.; MARQUIS, G. et DEBRAY, Ch. — De la convergence radiologique, gastroscopique et anatomique des plis de l'estomac au cours de certains cancers de l'estomac au début”. Arch. des Mal. de L'App. Dig. et des Mal. de la Nutrition”, 33: 85, 1944.
- 8) LORENZO y LOSADA, H. y PIOVANO, S. — “Cáncer superficial del estómago. Comentarios a propósito de un caso”. Arch. Urug. de Med., Cirugía y Especialidades, 37: 81, 1950.
- 9) MALLORY, T. — “Carcinoma “in situ” of the Stomach and its bearing on the histogenesis of malignant ulcers”. Arch. Path., 30: 348, 1940.
- 10) PARTURIER - LANNEGRACE, DEBEYRE, J. et MARIAGE, Y. G. — “Un cas de cancer de l'estomac “in situ”. Arch. des Mal. de L'App. Dig. et des Mal. de la Nutrition. 36: 445, 1947.
- 11) TOLEDO CORREA, N. — “Cancerización superficial de la mucosa gástrica con mínima invasión de la submucosa”. Actas de la Soc. de Anat. Patol. de Montevideo. Mayo 1955 (inédito).
- 12) TOULET, J. — “Correspondance histo - radiologique dans le cancers de l'estomac au début”. Thèse. Paris, 1950. Citado por Albot, G. y Toulet, J.
- 13) ZUBIAURRE, L. — “La radiología en el cáncer gástrico”. Montevideo, 1950.

**Dr. Abel Chifflet.** — La comunicación de los Dres. Mendy, Zubiaurre, Toledo y Priario constituye un aporte de gran interés porque es una documentación seria sobre un problema de actualidad en patología gástrica.

Desde nuestro punto de vista de cirujano debemos separar dos situaciones diferentes en los casos de cánceres superficiales presentados. En las observaciones 2 y 4, el enfermo tenía una lesión orgánica, no neoplásica, diagnosticada por la radiología, en la cual se encontró la lesión cancerosa inicial. En las observaciones 1 y 3, no existía proceso gástrico limitado diagnosticable por la radiología, estando sólo la lesión cancerosa inicial. En la práctica quirúrgica debemos considerar diferencias de pronóstico y de planteamiento terapéutico para estas dos situaciones.

## BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY

En las lesiones neoplásicas (obs. 1 y 3), sin lesión péptica anterior puede hablarse de relativa benignidad del proceso que no ha pasado de la capa epitelial o de la mucosa, pero en el antiguo ulceroso existe destrucción de las capas musculares (obs. 2 y 4) permitiendo así al proceso canceroso una más fácil profundización. Por otra parte en el antiguo ulceroso la propagación linfática encuentra vías obstruidas por procesos inflamatorios anteriores conduciendo así a la anarquía de las vías y a diseminaciones irregulares que escapan a la exéresis típica sistematizada.

El planteamiento terapéutico es también diferente. En las obs. 2 y 4, correspondientes a enfermos de 47 y 58 años de edad, con mucho tiempo de sufrimientos y que presentaban signos radiológicos de lesión orgánica en el seno angular, los cirujanos no tenemos dudas respecto a la indicación operatoria de gastrectomía. El problema terapéutico es otro. Decidida la operación y sabiendo que no debe demorarse, es necesario saber si el enfermo con lesión orgánica del seno angular debe ser resecaado como un ulceroso o como un canceroso. Los enfermos presentados fueron resecaados como ulcerosos porque la clínica no permitió sospechar el neoplasma y la radiología, hecho importante que nos enseñan los comunicantes, no puede hacer el diagnóstico de malignidad porque las imágenes corresponden a procesos independientes de la cancerización.

Creemos que en los procesos orgánicos del seno angular es necesario buscar con insistencia la posible malignidad por otros medios de diagnóstico antes de la operación (gastrocopia, citología en el líquido gástrico). En el acto operatorio hay que explorar en forma disciplinada de acuerdo con el conocimiento exacto de estos procesos. El Dr. Aguiar ha metodizado en nuestro Servicio esta exploración, jerarquizando las etapas y hallazgos, llegando hasta el examen visual y palpatorio intracavitario y la biopsia directa (Cirugía del Estómago. Clínica del Prof. Abel Chifflet, 1956). Debemos evitar en lo posible que el diagnóstico de malignidad surja de una gastrectomía hecha con diagnóstico de úlcus.

En las observaciones 1 y 3 particularmente interesantes y llenas de sugerencias, los problemas terapéuticos son diferentes.

Se trata de dos hombres de 34 años, con 8 y 4 años de sufrimientos y con antecedentes de hemorragias digestivas. El estudio radiológico mostró alteraciones duodenales y esófago normal. Creemos como los comunicantes que había indicación operatoria, con diagnóstico de probable úlcus duodenal. Nada hubiese podido hacer el diagnóstico en la Obs. 1, de cáncer intraepitelial, ni era natural que se pensase en tal posibilidad frente a una gastroduodenitis con úlcera duodenal en que la cancerización en la clínica es una rareza. En la Obs. 3, con extensión del proceso e invasión de la submucosa ni la clínica ni la radiología mostraron la lesión. En este caso, la citología y la endoscopia pudieron haber dado elementos útiles. No creemos que hubiese razón para haber buscado insistentemente el cáncer en ese enfermo, pero pensamos que casos como éste obligan a considerar la sistematización de esos exámenes para todo enfermo.

En el curso de la operación no aparece la lesión duodenal sospechada en ninguno de los dos enfermos. Creemos que la inspección y palpación del duodeno no permiten descartar el diagnóstico de úlcus duodenal. La exploración endocavitaria antes de iniciar la exéresis o en el curso de ésta seccionando el duodeno y explorándolo directamente antes de cerrarlo permite encontrar úlceras que no se reconocen por el examen exterior y que quedan más allá de la sección del duodeno. Nos referimos a éste hecho por varios motivos. En primer lugar porque creemos que las lesiones neoplásicas encontradas no pueden ser responsables de la historia de varios años de sufrimientos y sobre todo de hemorragias abundantes, que en un caso llevaron a la operación. La cancerización del estómago en el ulceroso del duodeno es un hecho excepcional, por lo cual, si estos enfermos tenían úlcus duodenal, constituirían interesantes observaciones.

En fin: sería interesante seguir la evolución de estos enfermos pues el ulceroso duodenal pasa su primer año de gastrectomizado en forma muy diferente del gastrectomizado por neoplasma.

---

En estos dos enfermos los cirujanos no encontraron úlcus duodenal, no había signos radiológicos de lesión gástrica ni encontraron signos en la exploración operatoria. En estas condiciones practicaron una gastrectomía. En el estudio histológico encuentran lesiones neoplásicas como premio valioso a su conducta reseccionista. Pero creemos que este premio no puede ser un justificativo para indicar la gastrectomía en casos similares y que es necesario insistir en los estudios diversos antes y durante la operación para no caer en un abuso de gastrectomías que se insinúa en muchos ambientes de marcada orientación operatoria.

---

La comunicación que comentamos constituye un basamento que obligará a su consideración cada vez que en el futuro se hable de estos problemas. Nuestro comentario sólo pretende tocar algunos puntos de interés quirúrgico.

**Dr. Ardao.** — Estimo que se debe tener presente y es el concepto que debemos tener los cirujanos, que después del examen operatorio todavía hay margen para un diagnóstico histológico en donde el patólogo puede todavía quedar en la duda acerca de si se trata de lesiones hiperplásicas benignas, o ya de orden canceroso. Estoy convencido que hay muchos casos presentados como cánceres incipientes, cánceres in situ de la mucosa gástrica y en lesiones ulcerosas ya sea en el borde o en el fondo de la úlcera, que no son cánceres en realidad. Este problema es un viejo problema que lo han tratado los autores clásicos, olvidándose demasiado a menudo en nuestro medio, que en las hiperplasias regenerativas epiteliales, el criterio morfológico de la glándula o de la célula no es suficiente en realidad, para diferenciar esa hiperplasia de orden simple, regenerativo o inflamatorio, de un verdadero epiteloma en marcha. No solamente en el borde de la úlcera, sino en simples gastritis, en gastritis no ulcerosas, la hiperplasia inflamatoria puede ser atípica y de ahí infiltrarse en el corion

de la mucosa. Es un hecho altamente conocido que demasiado a menudo el patólogo tiene tendencia a colocar este proceso ya en el cáncer con todas las significaciones. Creo que debemos tener un concepto un poco más real en el sentido de no aceptar el diagnóstico histológico en toda hiperplasia más o menos atípica del fondo o de los bordes de las úlceras.

La observación que ha mostrado el Dr. Asiner es interesante. Sin poner en duda el diagnóstico del Dr. Cassinelli, a quien todos reconocemos competencia, lo que se ha mostrado aquí en el borde derecho de los preparados, es una hiperplasia limitada al borde de la úlcera, sin penetrar en la submucosa ni infiltrar la muscular. Creo que estos casos dejan dudas y que puede ser muy difícil hacer el diagnóstico entre hiperplasia regenerativa superficial, del verdadero cáncer en marcha, y que hay que aceptar todavía un margen de desconocimiento en el diagnóstico histológico del cáncer del estómago.

**Dr. Boris Asiner.** — Deseamos contribuir al trabajo de los doctores Mendy y colaboradores sobre "4 casos de cáncer gástrico incipiente" con el siguiente aporte.

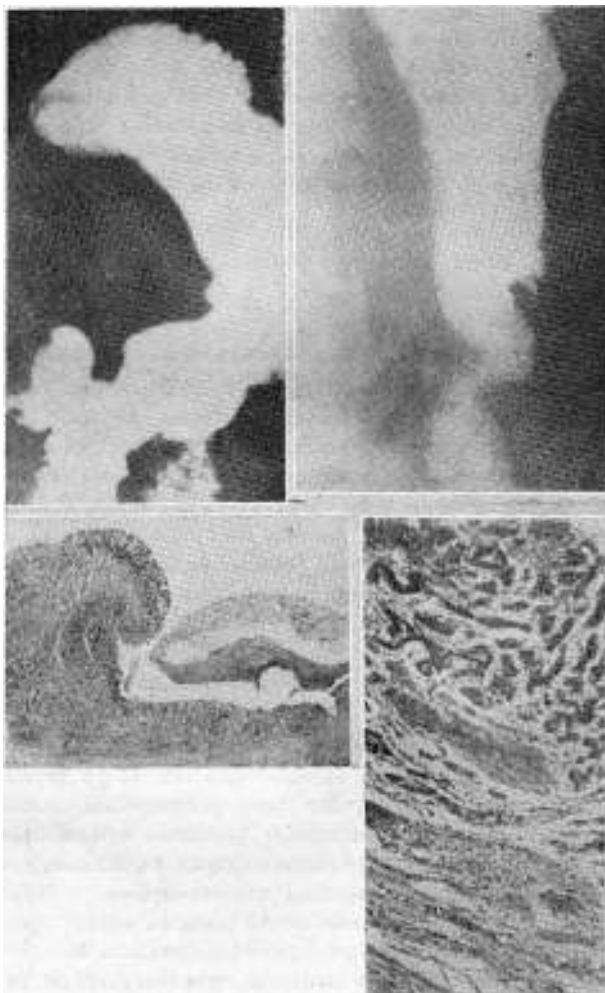
Historia Clínica: Reg. 30.851. D. S. (hombre), 56 años.

Consultó por hematemesis y melenas con anemia aguda de grado medio. En sus antecedentes, evolución de una dispepsia irregular, con pesadez epigástrica, y evolución aproximada de un año. El estudio inmediato, demostró ulcus de pequeña curva (se exponen radiografías): informe: ulcus de pequeña curva, vertiente posterior al nivel del seno angular; hiperquinesia gástrica. Anemia de 2.000.000 G. R. con 55 % H. B. Recuperación lenta a pesar de intensa medicación antianémica y aún hemoterápica. El gastroacidograma señaló una discreta hipercloridia de concentración de 2.92 % grs. y de gasto 436 mgrs. con hipersecreción hídrica y moderado exceso de mucus concreto. El proteinograma fue: nomoproteíemia con inversión de la relación albúmino-globulina, disminución de albúminas y aumento de fracción globulínica con predominancia de gama. Resto exámenes habituales S/P.

A los 30 días del episodio que motivó su ingreso fue intervenido, la intervención planeada fue una gastrectomía parcial por posible ulcus gástrico aunque sin descartar la lesión atípica, por la Historia Clínica (breve e irregular sufrimiento dispéptico, hematemesis, pobre respuesta a la medicación antianémica, proteinograma, y topografía de la lesión (gástrica) en un enfermo de 56 años de edad). Por ello la conducta definitiva del acto operatorio fue condicionada a lo que la exploración directa pudiera verificar (no contamos, por razones de organización y por ser aún objeto de discusión, de la colaboración que pueda prestar la "biopsia extemporánea". La intervención comprobó la presencia de ulcus gástrico en pequeña curva, seno angular, con aspecto de lesión residual y sin caracteres macroscópicos ni palpatorios de cáncer. Tampoco existían adenopatías locales, coronaria, curvatura gástrica, pedículo hepático, esplénico ni del confluente retroduodeno-pancreático.

Mesos libres. De acuerdo a esta exploración, fue efectuada una gastrectomía parcial (con la técnica habitual del Servicio) pasando el borde cardial de exéresis a unos 4 dedos (en la pieza fijada 4.5 cms. por encima del ulcus). (Se exhibe el contralor radiográfico post-operatorio del muñón gástrico: inf.: buen funcionamiento post-operatorio).

El estudio anatomopatológico (Dr. Cassinelli) demostró:



1) **Macroscopia:** Lesión de **aspecto ulceroso** de 2 x 1 cms. con restos tisulares hemorrágicos en el fondo de la úlcera. Al corte caracteres macroscópicos de **úlcera crónica simple**.

2) **Microscopia:** La histología (corte longitudinal total mediano de la lesión) muestra:

a) **Caracteres de úlcera péptica crónica** en actividad, con fibrosis reparando la solución de continuidad de la muscular, cuyos cabos se retraen hacia la superficie ulcerosa con típicas figuras de trombosis vascular organizadas.

b) **Cancerización de la mucosa** que rodea ambos extremos; borde inferior y superior de la úlcera, limitada la mucosa de tipo adenocarcinomatoso y epiteliomatoso trabecular. Hay deslizamiento de la superficie cancerosa en el contorno de la úlcera, sobre un trecho de la superficie ulcerosa, lo que traduce la cronicidad del proceso ulceroso y restos de mucosa vegetante de regeneración en el contorno inferior de la úlcera. Los caracteres de conjunto corresponden a los de una **úlcera crónica gástrica con proceso de cancerización superficial en los bordes**.

De acuerdo a esta comprobación y siguiendo las directivas del Servicio el enfermo fue reintervenido efectuándosele exéresis de mesos, hoz de la coronaria y epiplones y ampliando aún más la zona de gastrectomía. El estudio del segmento gástrico y gastro-entero-anastomótico, así como de los mesos (Dr. Cassinelli) no comprobó nada patológico y los ganglios pequeños hallados no presentaban caracteres histológicos de colonización o invasión de células epiteliomatosas.

**En suma:** 1) Aportamos una observación de cáncer gástrico inicial en un ulcus gástrico cancerizado. La lesión tiene los caracteres de un ulcus; esclerosis desaparición de la muscularis mucosa, lesiones de arteritis y trombosis vasculares, solución de la continuidad de la muscular con retracción y el agregado de una cancerización inicial en los bordes. El diagnóstico anatomopatológico sólo fue posible por el estudio histológico.

2) Destacamos el criterio cancerológico en la terapéutica quirúrgica. Ante la sospecha de atipismo aún sólo por la clínica y frente al aspecto macroscópicamente negativo de la lesión, ganglios, mesos, etc., la conducta debe ser la de una gastrectomía subtotal ensanchada con vaciamiento coronario y exéresis de mesos.

Si se ha hecho, basado en el aspecto operatorio, una gastrectomía parcial, es necesario llevarla a las condiciones de una gastrectomía subtotal ensanchada por reintervención.

**Br. N. Toledo Correa.** — Quería hacer algunas acotaciones a la opinión respetable del Prof. Ardao y alguna aclaración respecto al caso que presenta el Dr. Asiner.

Como ha dicho muy bien el Dr. Ardao, es de viejo conocido el problema de las hiperplasias regenerativas inflamatorias y tumorales, particularmente ese problema se agudiza en el borde de las úlceras. Con respecto a los elementos citológicos con que nosotros nos valemos para hacer el diagnóstico de cáncer in situ, ya sea en lesión ulcerosa o sean lesiones ulceriformes, tenemos actualmente una serie de hechos llamados patrones, histológicos o citológicos, aceptados por la cabeza de Mayyory, Brothers y a importantes gineco-patólogos como Reagan, los cuales han analizado exhaustivamente el problema de diferenciar estas hiperplasias

de tipos tumorales y pseudo-tumorales, y el problema hay que aceptar de antemano que existe.

El Dr. Cassinelli así lo acepta también y cuando él pone firma en ese diagnóstico de cancerización intra-epitelial o in situ en algunos casos incipientes, acepta que en más de una oportunidad, sobre todo cuando se trata de cancerización in situ, puede haber un factor personal, eso ha sido dicho también por patólogos extranjeros; pero, para encarrilar este asunto, no quisimos explayarnos en la demostración del material histológico, y no quisimos explayarnos porque creímos que con mostrar una o dos imágenes, era lo necesario en un ambiente de cirujanos y no queríamos cansarlos con multiplicidad de imágenes de cancerización epitelial, más propio para un ambiente de histopatólogos.

En materia de cancerización in situ, hay 3 asuntos:

1) Concepto de cancerización in situ; 2) **Morfología de los cánceres in situ** y 3) **Problemas**.

En cuanto al concepto y morfología de cancerización in situ, tiene los siguientes argumentos más importantes para hacer el diagnóstico. Es el siguiente: se ha visto que en los cánceres francamente invasores, en sus bordes o en lugares incluso a distancia, las lesiones histológicas y citológicas ya reducidas al citoplasma y al núcleo, eran similares a las que tenía el cáncer invasor. Ese es uno de los argumentos histomorfológicos de que se han munido los anatomo-patólogos, cuando no hay invasión de las basales, para diagnosticar la lesión cancerosa en su etapa pre-invasiva o intraepitelial.

Otros argumentos a favor de la cancerización in situ, se basan particularmente en la cancerización de piel, y en la cancerización uterina; hay enfermos en los cuales se ha hecho el diagnóstico de cancerización in situ y se ha podido seguir el enfermo, repitiendo las biopsias periódicamente y, a los 6 u 8 años, se constató la transformación invasora del cáncer que se diagnosticó como pre-invasivo.

Es cierto que en opinión de otros patólogos, que exigen la infiltración como signo diagnóstico de cancerización, aquella primera etapa pre-invasiva, la etiquetarían como pre-cancerosa.

No vamos a entrar por limitación de tiempo a analizar el concepto de lo que se llama pre-cáncer, pero brevemente diremos qué se entiende como tales, aquellas lesiones que pueden ir al cáncer o aquellas que van irremediablemente al cáncer.