

Trabajo de la Clínica Quirúrgica F. Prof. Pedro Larghero Ybarz

SCHWANNOMA GASTRICO (*)

Dr. Héctor Cardeza

Es nuestro propósito al presentar en esta reunión la observación clínica correspondiente a una enferma que presentaba un schwannoma gástrico, simplemente el contribuir a edificar la casuística nacional con un caso cuya historia clínica presenta numerosos elementos interesantes y a la cual adjuntamos la documentación radiográfica y anatómo-patológica.

Los distintos problemas que plantean estas neoformaciones desde los múltiples puntos de vista:

- a) clínico (manifestaciones, diagnóstico, pronóstico),
- b) radiológico,
- c) anatómo-patológico (aspectos macro y microscópico, su origen, significación y clasificación correctas),
- d) terapéutico;

han sido detalladamente tratados en numerosas publicaciones extranjeras y nacionales (ver Bibliografía).

Sólo se insistirá en esta comunicación sobre las particularidades que ofrece nuestra enferma.

C. A. de C. 45 años. Historia N° 4789. — Enviada del hospital de Paysandú donde fué internada por un cuadro de anemia aguda, producido por hemorragias digestivas (melenas y hematemesis).

La enfermedad actual empieza hace dos años; tiene durante 20 días deposiciones negras, en número variable, dos, tres, a veces cinco en el curso del día. Materias pastosas abundantes.

Precediendo a estas hemorragias evidentes, tiene: mareos, disnea de esfuerzo y ardores epigástricos que aparecen dos o tres horas después de las comidas.

En el intervalo de esos 20 días de melenas, tiene dos crisis agudas con grandes sudores, mareos súbitos y dos profusas melenas, en una de ellas se suma una hematemesis abundante de sangre roja.

(*) Esta comunicación fué leída en la sesión del 15 de marzo de 1950.

Consulta médico, se interna durante 22 días y es dada de alta con régimen dietético. Pasa bien de sus ardores siempre que cumple el régimen; de lo contrario, sobre todo con mate dulce, reaparecen los ardores epigástricos.

A los pocos días vuelve a tener mareos, disnea de esfuerzos y melenas; reingresa al hospital, se repone y pasa 9 meses sin nuevas hemorragias, pero persisten los mareos y la disnea de esfuerzo.

Durante todo este período, tiene dolores epigástricos discretos, caprichosos en su aparición.

Como le dijeron que tenía anemia hace una alimentación abundante y logra aumentar 3 ½ kilogramos de peso. Aparece entonces un cuadro agudo doloroso de epigastrio irradiado a ambos hipocondrios y hacia arriba (región retroesternal), acompañado de disnea intensa y vómitos profusos, permaneciendo durante 8 días con deposiciones negras. En el hospital de Paysandú, donde vuelve a internarse, recibe 17 transfusiones. En esta última oportunidad el cuadro de anemia fué intensísimo, el hematocrito llegó a la cifra de 18 %.

Día de la enferma: se levanta a las 9, desayuna café o té con leche, pasa bien; si toma mate dulce siente ardores epigástricos (tolera el mate amargo). Almuerzo hora 12: si hace su régimen de puré, postres de leche, frutas, no siente ardores; pero si hace transgresiones se instalan los mismos que duran un plazo variable (½ hora a 2 horas) y desaparecen espontáneamente. Merienda a base de leche. Cena lo mismo que a mediodía, pasa bien la noche no siendo molestada por ardores ni dolores epigástricos.

Antecedentes personales: Menarca a los 12 años; menstruaciones dolorosas tipo 7/28. Apendicectomizada a los 17 años; 12 embarazos, dos abortos provocados.

Antecedentes familiares: 1 hijo fallecido de anemia infecciosa. Resto s/p.

En el hospital de Paysandú, el Dr. Roldán logra normalizar su estado hematológico y la envía al Servicio para completar su estudio.

El examen nos muestra una enferma obesa con piel y mucosa algo pálidas, lengua húmeda, limpia; rinofaringe sin anormalidades, dentadura en buen estado, gingivitis tártrica, abundantes cálculos salivares. Psíquicamente normal. Apirética.

Abdomen: Globuloso con grueso panículo adiposo, móvil, pequeña hernia umbilical. La palpación muestra una discreta resistencia sobre el recto derecho en su parte supraumbilical y dolor a la compresión en la región paraumbilical derecha. No se palpan ni percuten vísceras con caracteres anormales. Fosas lumbares libres.

Aparato cardiovascular: Pulso 112 por minuto, tenso y regular. Presión 14 y 8. Corazón: punta en IV espacio en la línea de referencia; apagamiento del primer tono, ritmo a tres tiempos en la punta, acentuación del segundo tono. No hay latidos en el cuello, no se palpa aorta. Electrocardiograma: taquicardia sinusal de 100 pulsaciones por minuto. P y PR normales. Preponderancia ventricular izquierda. Onda T positiva en D₁ y D₂, negativa en D₃.

Aparato respiratorio: Percusión y auscultación normales. Sistema nervioso: s/p. Sistema ganglionar: s/p. Examen genital: s/p.

Los exámenes de laboratorio, realizados en el momento del ingreso muestran: G. R. 3.690.000 por mm.³; Hemoglobina 74 %; V. G. 0.98; G. B. 8.100 (7/10/47). Urea 0gr.25; T. de coagulación 2½'; de sangría 2'; T. de protrombina 18". Orina normal. R. de Wassermann negativa. Bilirrubinemia Ind. 0mgr.63 % (normal hasta 1 mgr.). Dir. 0. Tubaje duodenal: prueba de Meltzer-Lyon positiva. Eilis: abundantes cristales de bilirrubinato de calcio, algunos cristales de colestestina. Materias fecales: investigación de sangre negativa. Peso: 102 kilogramos; altura: 1 mt. 63.

Tubaje gástrico con prueba de histamina:

	volumen	acidez libre	acidez total
Residual	30 c.c.	00	0gr.182 %
15 minutos	23	1gr.314	1gr.679
30	12	0gr.476	0gr.876
45	4	00	0gr.992
60	10	00	0gr.219

Hipoclorhidria e hiposecreción.

Prueba de Quick intravenosa: elimina 1gr.43 de ácido hipúrico (normal 1 gr. a 1gr.40).

La enferma fué medicada con sulfato ferroso, extracto hepático y vitamina B.

El 24/7/47, es decir, 17 días después del primer examen, se encuentran los siguientes datos: G. R. 4.500.000; Hemoglobina 90 %; V. G. 1.

Estando en sala tiene deposiciones diarreicas, con materias pastosas negruzcas, durante 3 días.

Exámenes radiológicos: 1º Gastroduodeno (Zerboni-Gorlero): estómago de forma alargada y situación corriente. La cavidad se rellena uniformemente, siendo de borde regulares y flácidos. Tonicidad, peristaltismo y evacuación, normales. Relieve interno: s/p. Píloro no desplazado; duodeno: se distiende normalmente por la comida, no observándose ninguna imagen patológica.

2º Colon por enema (Hospital Pasteur): el enema llena y distiende todo el colon, que presenta su morfología y situación anatómica normal.

3º Colecistografía (Zerboni-Gorlero). — Después del feniodol; negativos en diversas incidencias; se puede apreciar que la vesícula se tiñe muy débilmente, siendo de forma alargada, de tamaño grande y contornos irregulares. Aunque su opacidad no es muy uniforme, por superponerse gases del contenido intestinal, no se observan imágenes que impresionen como cálculos. Realizada la prueba de evacuación, la vesícula disminuye de tamaño en forma muy enérgica, apareciendo apenas visible. La superposición de gases dificulta la observación en ese momento.

Como las manifestaciones clínicas eran evidentes, tanto en el aspecto anamnésico como en la objetivación de la lesión; a pesar de la reconocida competencia del radiólogo que firmaba el



C. A. de C. — Radiografía de estómago en posición de decúbito

informe negativo, se resuelve repetir el examen radiológico del gastro-duodeno.

Se vuelve a enviar la enferma al consultorio del Dr. Zerboni con un relato más detallado del caso, donde resaltan las manifestaciones hemorrágicas de una lesión alta del tubo digestivo.

El informe de este segundo examen es el siguiente:

“Se comprueba la existencia de una gruesa imagen ulcerada

a nivel de la parte media del cuerpo gástrico, siendo esta imagen solamente visible al tomar las radiografías en la posición de decúbito. La funcionalidad gástrica está conservada. El duodeno no presenta ninguna anormalidad. **En suma: radiológicamente existe una imagen ulcerada rodeada de una zona de edema en la parte media del cuerpo gástrico. — Octubre de 1947."**

Operación. — 6/11/47. Prof. L'arghero, Dres. A. Valdés y Cardeza, Nurse Ferrer.

Anestesia raquifraccionada: procaína 6 % - 480 mlgrs. Marcha buena. Embutal, morfina-atropina previa.

Incisión transversa arqueada, a convexidad superior, enorme panículo subcutáneo de 10 cms. de espesor. Tumor intragástrico de 8 cms. de diámetro, blanduzco, deslizante entre los dedos, sin adherencia a la pared, no hay ganglios. Epiplón enormemente largo, grueso y ancho.

Gastrectomía subtotal ensanchada, con resección del gran y pequeño epiplón y ligadura intraperitoneal (no subperitoneal) de la coronaria estomáquica. Cierre del duodeno por la técnica corriente. Gastro yeyunos-tomía por la técnica corriente.

Cierre de la pared en dos planos al algodón, lino grueso y catgut cromado a puntos separados. Piel abierta, drenaje subcutáneo. Duración: 2 horas; raquí buena.

No shock operatorio ni post-operatorio.

Post-operatorio: Bueno, tolera perfectamente la alimentación por boca. A las 48 horas pequeño foco de condensación en base izquierda, estertores subcrepitantes en base derecha. El cuadro pulmonar retrocede en pocos días.

Herida bien; se retira el drenaje del tejido celular a las 36 horas.

Alta a los 15 días.

En suma: Enferma de 45 años que empieza su enfermedad hace 2 años, con: mareos, disnea de esfuerzo y ardores epigástricos; pocos días después se evidencian hemorragias digestivas profusas bajo forma de melenas. Cuadros agudos con sudores profusos, lipotimias, melenas abundantes y en una ocasión hematemesis roja de regular cantidad. Ceden las hemorragias con reposo y régimen. Persisten mareos, disnea y ardores epigástricos (estos últimos cuando no sigue el régimen). 9 meses después cuadro agudo de epigastrio irradiado a ambos hipocondrios y región retroesternal, vómitos profusos y disnea intensa, al cual siguen durante 8 días melenas. Reingresa al H. de Paysandú con estado de anemia intensa; es tratada con transfusiones y se repone progresivamente.

Estudiada en nuestro Servicio se comprueba: obesa, discreta anemia, hipoclorhidria y a la radiografía gran nicho de cara posterior de estómago.

En la operación se encuentra un tumor en apariencia benigno de cara posterior de estómago; se hace gastrectomía subtotal ensanchada.

Postoperatorio bueno: foco pulmonar en base izquierda; pleurodinia residual. Herida: cicatriza en perfectas condiciones.

Post-operatorio alejado.

Consulta en policlínica a los nueve meses de operada; desde entonces siente dolores localizados en el epigastrio, después de comer (sopas, churrascos, papas, leche), „con sensación de distensión y a veces ardores de duración indeterminada.

No ha tenido vómitos, ni diarreas.

El dolor es de duración indefinida y de aparición irregular.

Tránsito intestinal normal. Ha recuperado las fuerzas y se halla en general mejor.

Menstruaciones más prolongadas; el dolor se acentúa cuando está con ella.

El Dr. Zerboni practica en esta fecha (21 setiembre 1948) un nuevo examen radiográfico, cuyo informe es el siguiente:

“El estómago aparece como una pequeña bolsa de bordes regulares y flácidos, en el fondo de la cual está la anastomosis con las asas delgadas, por donde se evacúa en forma intermitente el medio de contraste.

La funcionalidad de dicha neoboca es normal.

Las asas delgadas no presentan ninguna particularidad.”

Consideraciones clínicas y radiológicas.

Entre los múltiples aspectos de interés que plantea esta enferma consideraremos en primer lugar los de orden clínico.

Es una enferma sin antecedentes digestivos (apendicectomizada hace 28 años sin precisar circunstancias) que inicia bruscamente su enfermedad con dispepsia y hemorragias. Según el relato de la enferma los dolores y ardores epigástricos preceden a las hemorragias; pero como desde su iniciación el cuadro se acompaña de mareos y disnea de esfuerzo, es evidente que desde

ese entonces las pérdidas sanguíneas se habían originado y sólo poco después se evidencian en forma de melenas profusas.

Creemos que esta brusca aparición de las manifestaciones clínicas de un tumor no infiltrante de las paredes gástricas obedece a un empuje de gastritis que, sumada a los trastornos de éxtasis vascular a nivel de la submucosa (por compresión) conducen a la ulceración de la capa mucosa (en la zona culminante) y la hemorragia consiguiente.

Esta revelación brusca bajo forma de hemorragias es frecuente en los tumores benignos del estómago que pueden crecer durante mucho tiempo sin dar trastornos de la digestión (ya que generalmente respetan la mucosa), ni episodios dolorosos (salvo por compresión), pues no infiltran las otras capas parietales. En otros casos el proceso tumoral se acompaña de lesiones marcadas de gastritis (generalmente atrófica con aquilia).

En esta enferma llama la atención que las hemorragias se traducen casi exclusivamente en forma de melenas; sólo en una ocasión, a pesar de haber tenido vómitos, se produce una hematemesis copiosa. Es de hacer constar, sin embargo, que en ella nunca se constituyó un síndrome pilórico evidente. Las hemorragias iniciales se reproducen durante 20 días, con exacerbaciones bruscas; ceden luego para reaparecer en forma cataclísmica 9 meses después, produciendo un cuadro de anemia aguda gravísimo. Vista por nosotros en el Hospital de Paysandú, luego de este episodio tenía una palidez impresionante y el hematocrito era inferior al 20 %. Recibe 17 transfusiones y se repone considerablemente, siendo enviada a Montevideo, donde se le comprueba este estado de la serie roja: g.r. 3.900.000; Hb. 74 %; V. G. 0.98.

17 días después (habiendo sido medicada con sulfato ferroso, extracto hepático, vitamina B) el examen de sangre muestra: g.r. 4.500.000; Hb. 90 %; V. G. 1.

A este propósito Gosset dice: "las lesiones de la mucosa, a nivel de la parte culminante del tumor, son frecuentes en los tumores benignos del estómago y son la fuente de las hemorragias tan comunes en estos procesos".

Tixier (Lyon Chirurgical 1934, pág. 316), relata un caso de hemorragias graves, hematemesis y melenas, mostrando la

operación un Schwannoma de gran curva y una úlcera pilórica en evolución. Con motivo de esta comunicación Marcel Santy relata un caso similar: úlcera de duodeno produciendo hematemesis y melenas, coincide con un Schwannoma de la gran curva del antro.

Interpretan estos hechos como simples coincidencias, pero hacen notar la posibilidad de que estos schwannomas sean tumores benignos de origen inflamatorio; en apoyo de lo cual se cita la frecuencia de los neuromas en las úlceras del estómago a evolución crónica.

Los casos publicados últimamente muestran que los tumores benignos del estómago son más frecuentes de lo admitido antes y como entre sus manifestaciones clínicas se cuentan en muchas ocasiones hemorragias copiosas y repetidas, debemos recordarlos al tratar de determinar la causa de las melenas y hematemesis, especialmente en aquellas que aparecen en sujetos sin antecedentes dispépticos claros. Se debe igualmente efectuar una exploración completa para descartar la existencia de otra lesión concomitante que pueda producir accidentes hemorrágicos.

En la estadística realizada por el Dr. A. Fernández hace 2 años en la clínica del Prof. Larghero, sobre un total de 65 hemorragias gastroduodenales graves, sólo una es producida por un schwannoma gástrico.

En lo que se refiere al resto de la traducción clínica de su lesión, esta enferma presenta: dolores y ardores epigástricos que aparecen 2 o 3 horas después de las comidas; son de regular intensidad, ceden espontáneamente y son influídos en forma neta por el régimen dietético a base de: leche, harinas, cremas, purés, frutas.

Es por todos conocida la vaguedad, atipia y mismo la ausencia de manifestaciones clínicas de estos tumores, pero es evidente que si se produce una gastritis concomitante, ha de aparecer una dispepsia de acuerdo a los trastornos secretorios.

En nuestra enferma la aparición de estos trastornos coincide con las hemorragias.

Se han relatado numerosas observaciones de tumores benignos del estómago cuya descubierta se debe al mismo enfermo que encuentra una tumoración epigástrica o en que la misma e

encontrada por el médico en un examen sistemático o por el cirujano durante una intervención sobre vísceras vecinas. Nuestra enferma presentaba una tumoración de tamaño mediano, pero posterior, y además se trataba de una obesa marcada; lo cual hacía imposible la percepción clínica de la lesión.

El estudio del quimismo gástrico nos muestra una hipoclorhidria marcada que puede explicarnos los trastornos dispépticos; es de observación corriente (en especial en enfermos con lesiones hepatovesiculares) que la sensación de ardor epigástrico relatada por los enfermos coincida con una disminución de la tasa del ácido clorhídrico en el jugo gástrico extraído luego de la inyección de histamina.

El estudio de la funcionalidad hepatovesicular: prueba de Quick, bilirrubinemia, tiempo de protrombina, colecistografía, prueba de Meltzer - Lyon, dió resultados normales.

Radiología. — No es nuestra intención insistir sobre la sintomatología radiológica de estas lesiones, pero como en nuestra enferma el primer estudio realizado fuera negativo, queremos recordar:

- a) que frente a una comprobación clínica firme, un examen radiológico negativo carece de valor absoluto; debe repetirse indicando claramente al radiólogo las suposiciones clínicas;
- b) la posibilidad de que los tumores benignos pasen inadvertidos en los exámenes con repleción gástrica, por ser lesiones frecuentes en las caras y que no alteran mayormente la funcionalidad mecánica del órgano;
- c) la necesidad de realizar el examen en diversas posiciones;
- d) la conveniencia del estudio con capa fina de bario para evidenciar el relieve mucoso (dislocaciones de los pliegues en gajo de naranja) y las ulceraciones tan frecuentes en la zona culminante del tumor;
- e) la necesidad de un estudio completo para descartar las posibles lesiones asociadas.

Anatomía patológica. — Sin entrar en consideraciones sobre oncogénesis y significación celular, podemos decir: se trata de un tumor benigno, que disocia las paredes gástricas sin infiltrarlas, formado por células alargadas típicas dispuestas en remolino y en empalizada, con bandas de tejido fibroso. Creemos por tanto que debe clasificarse como un Schwannoma gástrico siguiendo la terminología impuesta por Masson y Gosset.

Caso N° 15057. Archivo del Laboratorio de Patología C. A. de C. Estudio anatomopatológico efectuado por la Srta. Br. Céllica Piovano.

Descripción macroscópica de la pieza.



Pieza de gastrectomía subtotal con resección del gran epilón.

La pieza fué abierta por la gran curva y estaqueada, en estas condiciones se fijó.

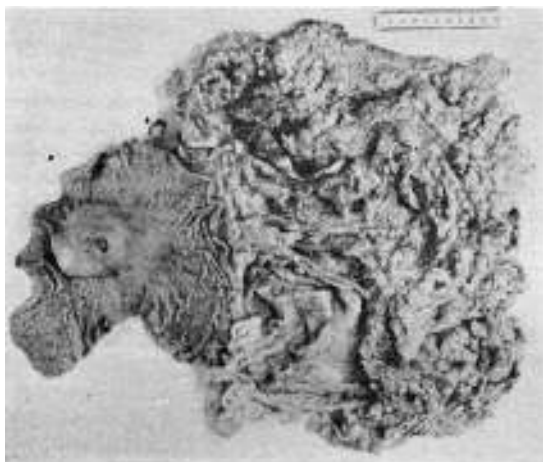
Estudiada por su cara interna, vemos que de cardias a píloro la mucosa presenta una extensa zona lisa con aspecto de gastritis atrófica la cual ocupa sobre todo la región de la pequeña curva; a unos 3 cms. del píloro, se observan en la mucosa varios levantamientos con aspecto poliposo que contrastan con la lisura del resto de la mucosa antral. Hacia la región fúndica en cambio, la mucosa está plegada y adopta la disposición de la gastritis hipertrófica.

En la región fúndica, cara posterior del estómago, aparece a una altura media entre cardias y píloro, una tumoración del tamaño aproximado a un huevo de gallina; medida después de fijada, tiene unos 8 por 5 cms. saliente por la cara interna del estómago, blanda en la pieza fresca, pero de consistencia firme y elástica después de la fijación. Está

recubierta totalmente por la mucosa que aparece muy delgada y estirada y con una ulceración que ocupa el polo más alto del tumor.

Observada por la cara serosa, hace igualmente saliente sobre ella y presenta además una vascularización bastante marcada. Examinado el epiploon no presenta más particularidad que una gruesa adenopatía que seccionada presenta intensa infiltración hemorrágica en el centro y degeneración grasosa en la periferia.

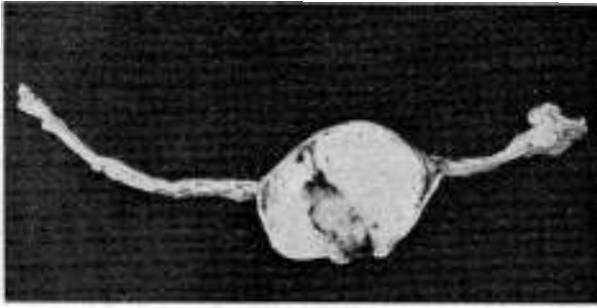
Se secciona la pieza en un corte total que pase de cardias a píloro y observada la pared gástrica se ve que está completa en todas sus capas



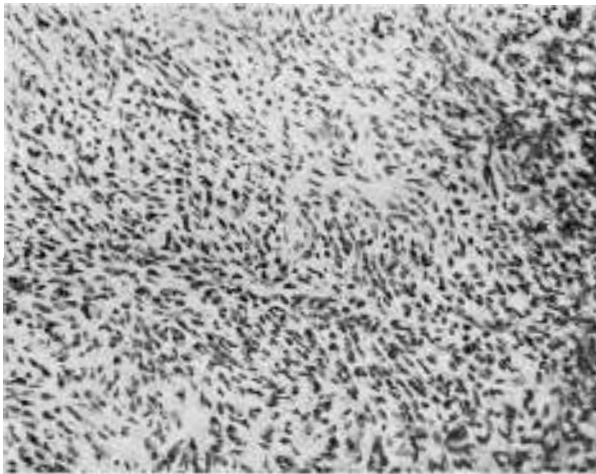
aunque sumamente adelgazada sobre todo a nivel de la tumoración; la mucosa está ulcerada en una estrecha zona que corresponde al polo más alto de la tumoración. El resto de la pared gástrica está atrofiado en todo lo largo de este corte.

En cuanto a la tumoración presenta los siguientes caracteres: 1º es limitada en todo su contorno; 2º crece en el espesor de la pared al parecer en la submucosa; 3º es una masa de contorno redondeado bastante liso como un huevo de gallina; 4º su altura máxima es de unos 5 cms.; 5º su color es blanco rosado con alguna zona de infiltración hemorrágica; 6º su superficie de sección presenta en zonas un aspecto francamente fibroso y en zonas un aspecto nodular.

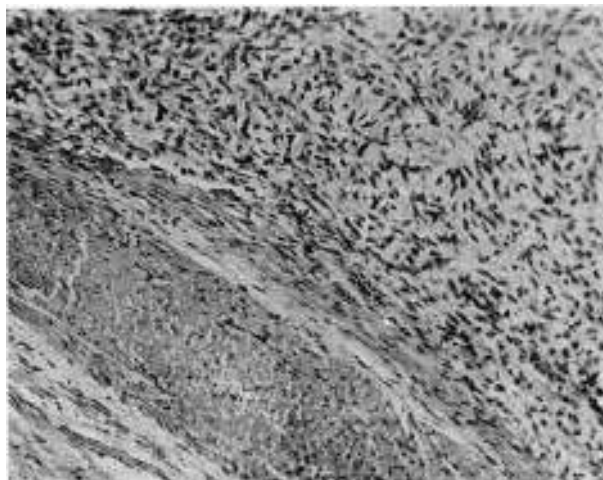
En suma: tumor de aspecto benigno a crecimiento limitado entre mucosa y muscular, con una ulceración en la mucosa que lo recubre y con aspecto macroscópico fibroso. Resto del estómago gastritis atrofo-hipertrófica y algunos pequeños pólipos.



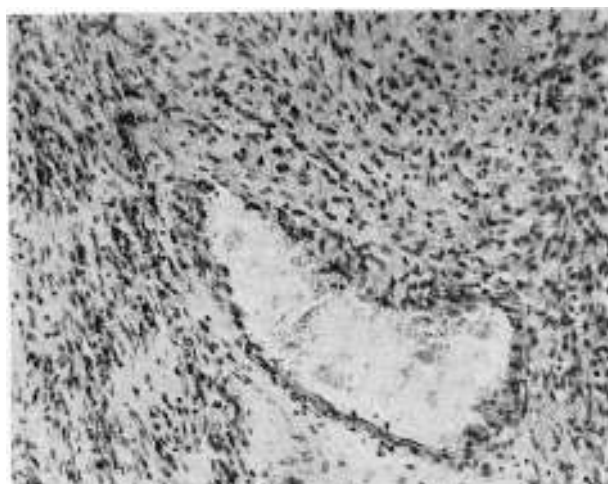
Corte total de la pared gástrica comprendiendo el tumor. En (A) zona cercana al píloro; en (B) pared antral y fúndica. En (C) el tumor presenta una zona necrosada y hemorrágica sin cubierta mucosa. A cada lado, la pared gástrica delgada y atrófica cubre el tumor lo mismo por debajo de éste. Crecimiento intra parietal con disociación y atrofia de la pared pero sin infiltración. Nótese el aspecto macroscópico de tejido tumoral blanco denso con algunos focos de necrosis y de infiltración hemorrágica.



Zona de gran riqueza celular en la que los elementos adoptan distintos modos de agruparse; aspecto en empalizada en algunas zonas y de remolino, en otros. El protoplasma es borroso pero las células se reconocen bien.



Las células son menos abundantes y se arremolinan.
Hay algunas bandas de tejido fibroso.



Un gran vaso de aspecto venoso en el seno del tejido tumoral; a la derecha disposición arremolinada; a izq. las células son alargadas, tienen tendencia a formar las típicas empalizadas características de estos tumores. Dicha disposición así como las otras se deben principalmente a la disposición nuclear. En todas estas micro-fotos predominan las formas celulares sobre las formas densas y fibrosas.

SUMARIO

Se presenta una historia clínica con su documentación radiológica y anatomopatológica de un caso de schwannoma gástrico.

Enferma de 45 años; sin antecedentes, hace dos accidentes de hemorragias digestivas (melenas profusas y en una ocasión hematemesis) que producen una anemia grave. Ardores y dolores epigástricos.

Al examen: obesa, anemia discreta, resto sin particularidades.

Hipoclorhidria. Primera radiografía, negativa; segundo examen, gran nicho de cara posterior de estómago.

Operación: tumor en apariencia benigno de cara posterior de estómago; se hace gastrectomía subtotal ensanchada.

Post-operatorio inmediato: bueno, pequeño foco en base pulmonar izquierda.

Estudio anatopatológico: tumor que disocia las capas de la pared gástrica, ulceración de la mucosa, aspecto macroscópico fibroso, focos de hemorragia. Gastritis atrofo-hipertrófica y algunos pequeños pólipos.

Examen microscópico: gran riqueza celular, sin atipia, aspectos en remolino y en empalizada; bandas de tejido fibroso. *Diagnóstico: schwannoma.*

Post-operatorio alejado: clínica y radiológicamente, bueno.

BIBLIOGRAFIA

- BARAVALLE, Norberto. — Tumores benignos del estómago. Anales de Cirugía. Rosario (R. A.). Set. 1947. Vol. XII, N° 3, pág. 221-258.
- GOSSET, BERTRAND et LOEWY. — Tumores pediculados del estómago llamados sarcomas Journal de Chirurgie, 1924, pág. 577.
- GOYENA, BIANCHI y SAEIRO. — Schwannoma del estómago. Arch. Arg. de Enf. del aparato digestivo. 1931, pág. 955.
- LERICHE. — Schwannoma de la región pilórica. Lyon Chirurgial. T. XXVI, pág. 536.
- LOCKWOOD, B. — Benign tumors of the stomach. J.A.M.A. Vol. XCVIII, pág. 969.
- PATEL. — Tumor pediculado del estómago de origen nervioso. Lyon Chirurgial, 1931, nov.-dic. N° 6, pág. 758-760.
- PRAT, D. y ARDAO, H. — Schwannoma del estómago. Arch. Urug. de

BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY

Med. Cir. y Esp. Montevideo, T. XXX, N° 4, abril 1947, pág. 379-390.
STAJANO C., SCANDROGLIO J. J., MENENDEZ C. — Tumores benignos intersticiales pediculados submucosos o subserosos de la pared gástrica de naturaleza discutida. Anales de la Facultad de Medicina de Montevideo, T. XXVI, año 1941, N° 1, 2, 3, y 4, pág. 179-202.
TIXIER. — Lyon Chirurgical, 1934, pág. 316.

Dr. Stajano. — El caso del doctor Cardeza es interesante puesto que viene a renovar un asunto que ha sido poco tratado en esta Sociedad.

No sé si el Dr. Cardeza conoce un trabajo de conjunto que publiqué en Anales de la Facultad, con dos casos muy estudiados. Los diversos aspectos macroscópicos del tumor, aspectos anatomo-patológicos y su textura histológica, el concepto y las teorías patogénicas de su naturaleza; luego el estudio clínico en el cual destaco **la ausencia, completa de sintomatología funcional**, propiamente gástrica, diferente al caso del Dr. Cardeza que tiene una gastritis concomitante. Mis dos casos, uno tiene sintomatología clínica tumoral, era un grueso tumor del tamaño de una naranja, de la cara posterior del estómago. Hace veinte años fué operado y el tumor lo estudió Larghero en el Hospital Italiano. Hice una gastrectomía amplia, y el tumor hacía evolución subserosa, hacia la retrocavidad de los epiplones y sin ninguna sintomatología funcional. El segundo caso hizo una sintomatología exclusivamente roja, con hematemesis a repetición y muy profusas. Esa enferma fué estudiada por el Dr. Menéndez radiológicamente. La imagen radiológica de estos tumores es muy característica. No es un tipo tan chato como el que ostenta el caso presentado, sino una figura proeminente, grande como una papa, alargada, dentro de la cavidad gástrica. Las hemorragias eran debidas a úlceras de la mucosa, por usura. Además tenía 4 ó 5 tumores más hacia la cavidad peritoneal, es decir, subserosas de evolución externa; esa enferma fué operada gastrectomizada, y a propósito de la comunicación del Dr. Prat, traje aquí las fotografías de las piezas donde se ve la forma casi pediculada de esos tumores.

El concepto del pronóstico de esos tumores ha cambiado también; en la época en que yo operé el primer caso, el Dr. Larghero hizo pronóstico gravísimo y pensó que el enfermo duraría tres ó cuatro meses, por recidiva, por ser un schwannoma puro. Ese enfermo está vivo hace veinte años, y es una cosa interesante, traer a la Sociedad estos casos que siempre ilustran.

Dr. Prat. — Es para recordar, señor presidente, que he asistido un caso de schwannoma de la región pilórica, que fué clasificado histológicamente de schwannoma y presentaba un examen radiológico bien típico: una imagen lacunar, bien redondeada, bien esférica; había tenido una hemorragia extraordinaria como en este caso; había quedado sangrada a blanco la chica, que sólo tenía algo más de 20 años. Se operó y en este caso hice sólo la extirpación del tumor cuya implantación estaba situada en la

gran curva. Esta enferma tuvo una evolución particular. Diez o doce después hizo un nuevo tumor abdominal de la región gástrica que comprobamos en su vientre superior y como en ese período, la enferma estaba embarazada, temí que el embarazo influyera en la evolución del tumor y por eso realicé la extirpación del tumor antes del parto. Este otro tumor fué también clasificado histológicamente como schawnoma por los anatómopatologistas. Ahora no sé si este nuevo tumor tenía vinculación o no, con el tumor anterior; creo que no, porque estaba distanciado. No tengo bien presente en este momento los datos de la historia de este interesante caso, y no recuerdo, si fué presentado en la Sociedad de Cirugía.

Dr. Etchegorry. — Fué presentado. Lo que nos debe el profesor Prat es el resultado histológico de la segunda operación, si mi memoria no me falla.

Dr. Cardeza. — No tengo más que decir; solamente a los Dres. Prat y Stajano, que yo conocía los casos que ellos habían publicado (están en la cita bibliográfica). Precisamente, como no tenía nada absolutamente que agregar a los conceptos anatómicos y sobre la génesis de estos tumores que el Dr. Stajano estudia en su publicación, ya aclaré que el interés era presentar un caso que pudiera ser de valor a los asociados, reconociendo que en el trabajo del Prof. Stajano estaban esas cosas expuestas en forma muy clara y completa.
