

GASTRECTOMIA TOTAL EN CANCER DEL ANTRO (*)

Dr. Juan Carlos del Campo

FUNDAMENTOS DE LA GASTRECTOMIA TOTAL EN EL CANCER DEL ANTRO

La gravedad de la gastrectomía total expresada por la mortalidad indudablemente superior a la de la gastrectomía subtotal por una parte y por otra parte por el régimen de vida disminuído y complicado a que se ve obligado a veces el gastrectomizado total ha determinado que sólo en estos últimos años se la haya propuesto para el cáncer del antro.

Hecha hasta hace poco tiempo sólo cuando la extensión de las lesiones la imponían, es difícil separar la gravedad y las consecuencias de la intervención en sí, de las que podrían ser imputadas,

- 1) a la desnutrición del sujeto en estos casos avanzados;
- 2) a la extensión no sospechable del neoplasma;
- 3) a las lesiones parenquimatosas de origen neoplásico (principalmente hepáticas), lesiones cuya posibilidad de regresión no puede ser indefinida.

Los resultados estadísticos sólo empezarán a contar pues, a partir del momento en que se haga gastrectomía total sistemáticamente.

Es en lo que se está.

Hasta ese momento manejaremos argumentos, los cuales me parecen de suficiente importancia como para decidir en el sentido de la gastrectomía total.

(*) Esta comunicación fué presentada en la sesión del 19 de setiembre de 1950.

Permitáseme, antes de presentar el caso objeto de esta comunicación, examinar esos argumentos.

1) La pequeña curva es de por sí demasiado corta.

Las lesiones muy a menudo la retraen y la extensión neoplásica puede hacerse en forma microscópica hasta larga distancia del borde palpable del neoplasma. Esto pasa principalmente en los casos de extensión superficial, a lo largo de la mucosa, como lo ha mostrado Verbrughen.

Entre el borde superior de la lesión y el cardias no hay en general suficiente distancia como para poder establecer bien una anastomosis.

2) Los vasos coronarios y con ellos los linfáticos coronarios abordan o abandonan el estómago muy cerca del cardias. Lo más raro es que lo hagan en la unión del $\frac{1}{3}$ superior y medio, situación que es la más baja, siendo lo más frecuente que lo hagan a 2 ó 3 cms. del cardias; por encima del punto de abordaje de la coronaria existen todavía ganglios a los cuales hay que agregar los que rodean el cardias.

Por lo tanto la exéresis en la gastrectomía subtotal pasa muy cerca de vías linfáticas o ganglios infiltrados por epitelioma.

Es de recordar además (hecho de suma importancia) que la pequeña curva por encima de la coronaria no es un borde sino una zona amplia, una verdadera cara, y que *los ganglios linfáticos toman contacto directo con la capa muscular.*

3) Si en el deseo de conservar un muñón gástrico y de extirpar la vía linfática se disecciona bien la pequeña curva hasta el cardias, se deja una zona de 3 a 4 cms. privada de irrigación que puede ser y ha sido sitio de necrosis.

Es lo que señala Lefevre, que afirma que los gastrectomizados totales "están menos expuestos a las desuniones de sutura que aquellos a los cuales se deja un pequeño muñón gástrico".

Es lo que nos pasó a nosotros en un caso reciente, en el cual aplicamos nuestra técnica para cáncer del antro, pero en consideración al estado general del enfermo restringimos el monto de la exéresis, apareciendo entre las complicaciones que tuvo, una fístula, que por sus características creemos que sea debida a la necrosis de la pequeña curva.

4) La invasión neoplásica total de ganglios receptores de

una víscera hace sospechosa de infiltración neoplásica a toda la víscera por el proceso de hipertensión y linfangitis retrógrada.

Este principio general de técnica quirúrgica cancerológica, principio que ha sido dejado a un lado en el estómago, aumenta de valor cuando se comprueba la invasión total de ganglios y cuando se comprueba edema de las paredes gástricas no atribuible a otras causas.

5) Para apoyar la gastrectomía parcial se ha argumentado el hecho de que los sujetos fallecen por recidiva hepática y no por recidiva en el muñón. Esta argumentación está actualmente sujeta a reconsideración.

Las dificultades de apreciación clínica son grandes, dada la irregularidad habitual de la pequeña curva en la gastrectomía, irregularidad en cuya explicación entran la invaginación de la sutura y las adherencias.

Es Lefevre quien más ha llamado la atención sobre la recidiva en el muñón. En su estudio sobre 15 casos de recidiva de cáncer gástrico en el muñón restante se pregunta si "las recidivas peritoneales, hepáticas o ganglionares no han sido precedidas antes de su aparición de una recidiva ignorada en el muñón restante".

Admite que hay recidivas hepáticas, peritoneales, ganglionares, sin recidiva in situ "pero aquéllas", dice, "sobrevienen sobre todo en los enfermos operados por cánceres avanzados" y que por lo tanto "cuanto más cánceres en el comienzo se operen se correrá más el riesgo de ver recidivas en el muñón restante".

Termina señalando que en 105 gastrectomías amplias por cáncer ha tenido 9 recidivas sobre el muñón restante.

Shields Warren sobre 122 autopsias de resecaos gástricos por cáncer encuentra 23 casos de recidiva en el muñón, pero la falta de datos complementarios nos impide apreciar esta cifra.

F. de Amesti, defendiendo precisamente la gastrectomía total por cáncer de estómago cualquiera sea su localización, señala que en 100 casos personales de gastrectomía subtotal por cáncer (de un grupo de 143 operados) 40 mostraron signos de recidiva y "en 45 % de estos casos la recidiva era localizada exclusivamente en el munon preservado". Agregamos sin embargo que la verificación parece haber sido radiológica y gastroscópica.

6) Por último no deja de complicar la interpretación de los resultados obtenidos el hecho de que la continuación del mal en la pared gástrica (hecho en el cual deberíamos poner nuestro honor como lo ponemos en no tener recidivas locales en el neoplasma de seno), puede ser acompañado durante un tiempo largo de una ausencia absoluta de síntomas.

Es lo que ha comprobado Stanley R. Friesen, quien ha seguido 5 gastrectomizados por cáncer sin extensión ganglionar y en los cuales el corte de sección pasaba a través de zona infiltrada por epiteloma.

El término medio de ausencia de signos de recidiva ha sido de 21'8 meses, habiendo llegado en un caso a 30, seguido este último de 15 meses más con síntomas mínimos.

Tiene aquí, pues, el cirujano, como en otras localizaciones del cáncer, un tiempo grande para jactarse de lo que cree un buen resultado, atribuyendo la sobrevida en duración y en calidad a la bondad de su acción.

El caso que presentamos hoy objetiva la importancia de la invasión linfática como determinante de la altura de la resección.

D. C., 59 años.

Intervención: 1°/VIII/1950.

Dr. del Campo, Dr. Karlen, Dr. Comas, Dr. Marella, Srta. Castiglioni, Inst. Srta. Vázquez.

Anestesia general: Kemisthal 1 gr., flaxedil 8 mmgrs. C³ H⁶ éter absorción. Dr. Suárez.

Incisión oblicua supraumbilical reseca el apéndice xifoides.

Úlcera excavada de 6 a 7 cms. de diámetro de bordes indurados, de consistencia como de cartilago situada en la cara posterior del antro.

Se considera que es un neoplasma. Ganglios de pequeña curva indurados de corta distancia del cardias; se extirpan; al corte uno es uniforme, el otro es nodular, netamente neoplásico; el examen citológico extemporáneo (Dr. Paseyro) indica que es epiteloma. Se resuelve hacer gastrectomía total.

1) Decolamiento coloepiploico hasta la vena de Henle. No se encuentran ganglios; borde inferior de páncreas libre sin ganglios.

2) Se levanta la hoja anterior del ligamento duodenohepático; sólo hay un ganglio en el ángulo de la hepática y de la gastroduodenal, que se guarda para examen. Aparentemente es normal.

3) Sección del duodeno en la unión de 1 - 2. Cierre del muñón duodenal en 2 planos con lino. Se reseca la cápsula pancreática. No hay ganglios retroduodenales, retroilíricos (gastroduodenales).

4) Disección del tronco celiaco. Descenso del páncreas viéndose el ori-

gen de la mesentérica superior. No hay ganglios en el confluente. Sección de la coronaria.

5) Liberación del resto de estómago, dejando el bazo y seccionando el pequeño epiplón a ras del hígado. Parece haber una gruesa rama hepática de la coronaria.

6) Liberación del esófago. Sección del ligamento coronario izquierdo.

7) Cierre del esófago con catgut alrededor de una sonda duodenal.

8) Esoyeyunostomía por invaginación del muñón esofágico en el asa eferente. 3 planos de sutura (uno al diafragma).

9) Yeyunoyeyunostomía láterolateral (2 planos, gastergut) asa trans mesocólica, fijación del asa al mesocolon.

10) 2 drain cigarettes en ambos lados del esófago.

Cierre de la pared por planos, catgut cromado seda, piel con lino.

Examen de la pieza fresca. — En la cara posterior del antro hay una gruesa úlcera de 6 a 7 cms. de ancho, de bordes elevados y duros. Sus bordes distan 6 cms. del píloro y 9 ½ cm. del cardias.

Al corte se ve el fondo constituido por una gruesa banda blanquecina en cuyos bordes se interrumpen todas las capas del estoma.

A 3 ½ cms. del cardias hay un nodulito blanquecino de 3 mm. de diámetro adherido a la muscular y de aspecto netamente neoplásico.

Durante la operación se aíslan ganglios de la cadena coronaria estomáquica, uno totalmente invadido (por lo cual se dudó macróscópicamente) y el otro indudable, pues presentaba un nódulo blanquecino. El examen citológico (Dr. Paseyro) señaló que se trataba de epiteloma. Al día siguiente del ganglio grande uniformemente invadido se había desprendido visiblemente mucus. Estos ganglios correspondían a la parte alta de la pequeña curva y decidieron la gastrectomía total.

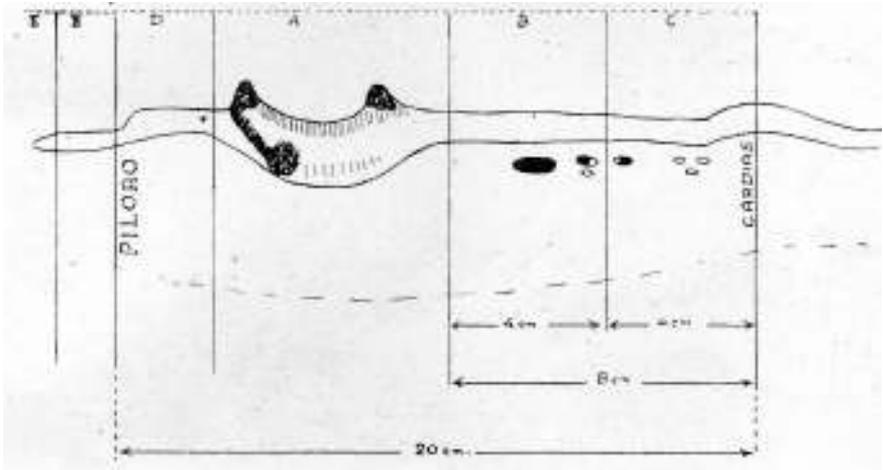
Hay además un ganglio en la unión de la hepática y la gastroduodenal de aspecto inflamatorio.

D. C., 59 años.

Informe anatomopatológico de: Estómago, primera porción del duodeno y gran epiplón. (Pieza fijada en formol).

Macroscópicamente. — Estómago abierto por la gran curva y fijado en extensión (fig. 1). Comprende 5 cms. (sobre la pieza ya fijada), de duodeno. Sobre la pequeña curva, pero desbordando más sobre la cara posterior, existe una lesión ulcerosa, ovoidea, de gran eje oblicuo, hacia abajo y hacia la gran curva, midiendo 4 ½ x 3 cms. Los bordes de la lesión, son muy gruesos, levantados, indurados, y su vertiente interna, casi a pico, conduce a una zona crateriforme, profunda, de casi 1 cm. de desnivel con relación a los bordes. Fondo sucio de la úlcera, con exudados fibrinosos y zonas hemorrágicas. El borde inferior de la lesión se sitúa a unos 4 cms. por encima del píloro, mientras que el borde superior está a unos 8 cms. del orificio cardial (comprendido toda su circunferencia en la pieza operatoria). La mucosa del canal pilórico, por debajo de la lesión, tiene aspecto de gastritis crónica hipertrófica, mientras que por encima, el aspecto de la mucosa es aparentemente

normal. Un corte longitudinal total, sobre la pequeña curva (esq. y fig. 2), pasa algo lateralizado sobre la lesión ulcerosa; en la superficie de sección, se comprueba una rotura de la muscular de 2 cms. de extensión, en el fondo de la úlcera, cicatrizada por tejido fibroso; en los bordes de la úlcera hay zonas blancuecinas, compactas, con aspecto de tejido tumoral, y éste se propaga, desde el borde inferior (pilórico), hacia el fondo de la úlcera, donde parece formar una zona nodular; pero cortes más lateralizados, muestran que en realidad el tejido tumoral se desliza hacia el fondo de la úlcera en varios sitios del contorno. La cancerización ulcerosa no se continúa sobre la mucosa vecina, por lo menos en la apreciación macroscópica. En el tejido grasoso subperitoneal (sobre la pequeña curva, en realidad), que aparece en el corte de



Esquema del corte longitudinal. Las letras corresponden a los fragmentos histológicos.

sección indicado, y que se reproduce en la foto adjunta, se observa una gruesa adenopatía en forma de masa ovoidea de $2\frac{1}{2} \times 1$ cm., de superficie de sección hemorrágica y gelatinosa, y en parte finamente porosa (microquística). El extremo superior de este ganglio metastásico, es decir, el extremo cardial, está situado a 4 cms. del borde superior de la lesión ulcerada gástrica, y también dista 4 cms. del orificio cardial; prácticamente está situado a media distancia de la úlcera y del cardias. Hacia el cardias, en los 4 cms. restantes, también se ven otros pequeños ganglios gris-rojizos en la grasa subserosa, el mayor del volumen de un grano de arroz cocido, próximos a la sección de vasos sanguíneos de pared gruesa.

En un frasco aparte vienen ganglios. Hay dos fragmentos señalados como procedentes de la coronaria estomáquica, en su porción yuxtagástrica, y son sólidos, consistentes, de superficies de sección mucinosa (de estos ganglios el Dr. Paseyro hizo frotos en el momento operatorio, encontrando células

cancerosas). El otro ganglio, que está señalado como hepático, es rojizo, del volumen de un poroto chileno.

Microscópicamente se examinaron 6 cortes: A, B, C, D, E y F. (Ver esquema).

Corte A). Los caracteres histo-topográficos de la lesión, corresponden a una úlcera péptica crónica del estómago, con rotura amplia de la musculosa

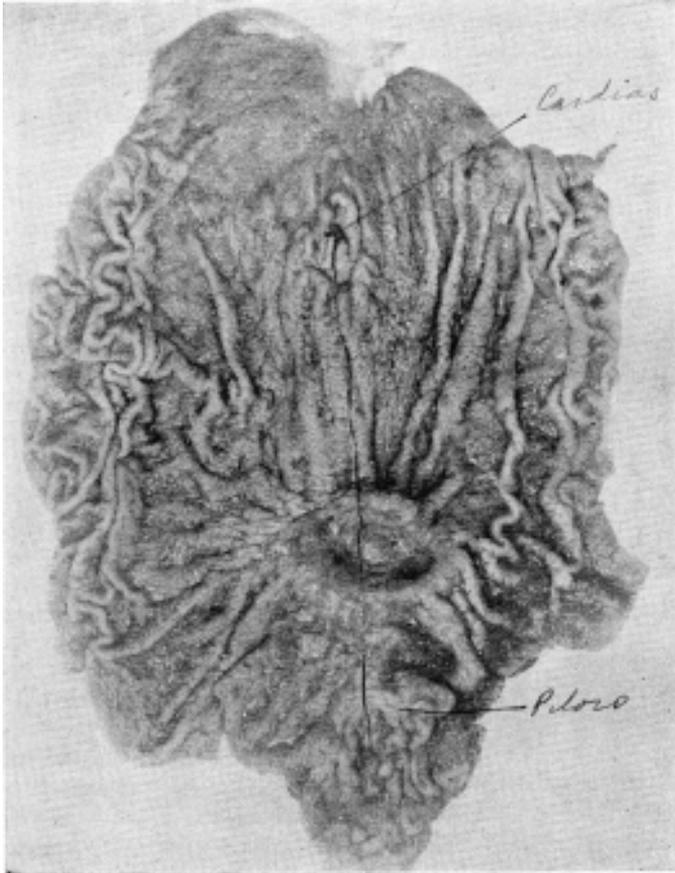


FIG. 1

y reparada por tejido conjuntivo fibroso cicatrizal en la profundidad, pero de tipo fibroblástico más joven en la superficie; gruesa capa de exudados fibrino-purulentos, necrosis y hemorragia revistiendo la superficie ulcerada (son caracteres histológicos de actividad ulcerativa péptica).

Los bordes de la úlcera están constituidos por una zona epiteliomatosa glanduliforme (adenocarcinoma), de limitada extensión, pues pronto se continúa con mucosa gástrica no tumoral. Del lado cardial, la infiltración adeno-

carcinomatosa ocupa una pequeña área triangular situada entre la muscularis mucosa y la muscular propia del estómago, pero sin rebasar a esta última en profundidad. En cambio, del lado pilórico, la infiltración se continúa más profundamente, en el espesor del estrato fibroso cicatrizal de la úlcera, y aún más allá, en pleno tejido adiposo subperitoneal, donde se constituye un verdadero nódulo fibro-adenocarcinomatoso que alcanza casi hasta la mitad del fondo de la úlcera. Secreción mucinosa en las cavidades epiteliomatosas, cuyo revestimiento epitelial de células altas y cúbicas, en estrato simple, no muestran un atipismo muy llamativo.

Corte B). En este fragmento no hay tumor en la mucosa gástrica, ni elementos de infiltración epiteliomatosa en el espesor parietal. En la grasa subperitoneal hay pequeños ganglios, sin metastasis, un grueso ganglio totalmente colonizado por un adenocarcinoma cilindrocelular microquístico y en partes papilar, con moderado atipismo celular, y con cavidades llenas por una sustancia mucoalbuminosa mezclada con células descamadas, restos de sangre y exudación leucocitaria.

Corte C). Este fragmento comprende la región pericardial, cuya situación corresponde aproximadamente a la zona donde se ve una placa de epitelio malpighiano en el espesor de la mucosa gástrica, por debajo del revestimiento epitelial cilíndrico, superficial. No hay tumor en la mucosa, ni infiltración en las distintas capas gástricas. En la grasa subperitoneal hay varios pequeños ganglios linfáticos, situados en ambos extremos del corte histológico.

Los que pertenecen al extremo superior (cardial) no tienen metastasis. En cambio, el ganglio del extremo inferior (extremo pilórico), está parcialmente colonizado por un adenocarcinoma cilindrocelular, en partes microquístico (este ganglio viene a estar próximamente situado del ganglio metastásico del fragmento B).

El ganglio situado a 3 $\frac{1}{2}$ cms. del cardias es neoplásico.

Cortes D) y E). No hay tumor en la superficie de la mucosa ni en el espesor de las capas.

Corte F). Los ganglios de la coronaria estomáquica, yuxtagástricos, están totalmente infiltrados por un adenocarcinoma cilindrocelular mucosecretante, microquístico y moderadamente papilar.

Los ganglios (uno sólo en realidad), hepáticos, no están colonizados por el epiteloma; hay hemorragia intersticial y estado irritativo hiperplásico, y descamativo de los senos.

Dr. J. F. Cassinelli (7/VIII/1950)

BIBLIOGRAFIA

- AMESTI (F. de). Gastric carcinoma. *Surg., Gynec., and Obst.* 91; 112. Julio 1950.
- FRIESEN (S. R.). — The silent interval in gastric cancer. *Journal of the National Cancer Institute.* 10; 545. Octubre 1949.

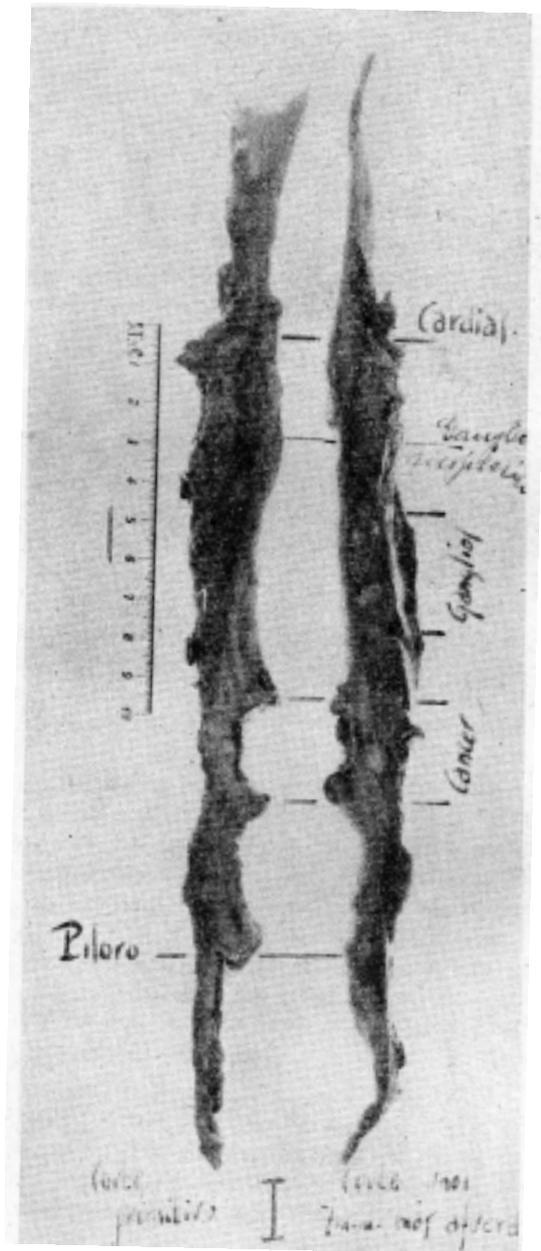


FIG. 2

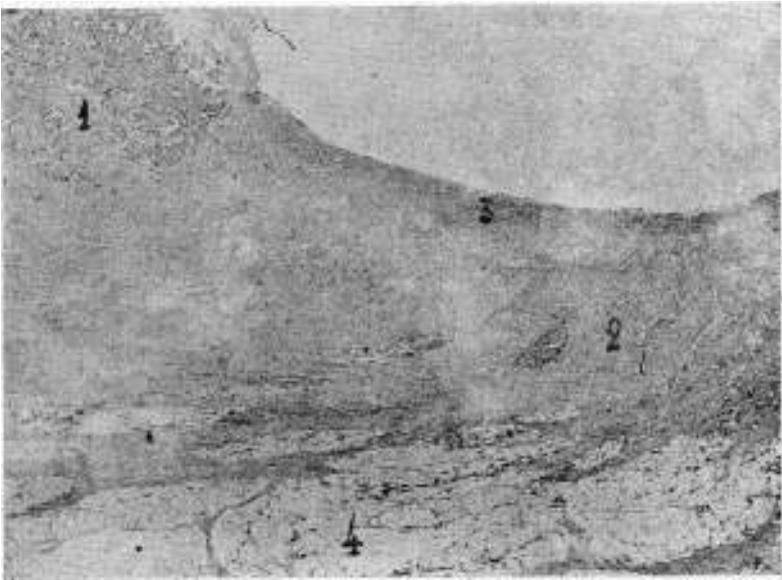


Foto 3. — **Borde cardial de la úlcera.** — 1) Adenocarcinoma en el borde. 2) Fondo cicatrizal escleroso de la úlcera **sin invasión por el tumor.** 3) Capa de necrofil superficial. 4) Tej. adiposo subseroso.
Dr. J. F. Cassinelli.

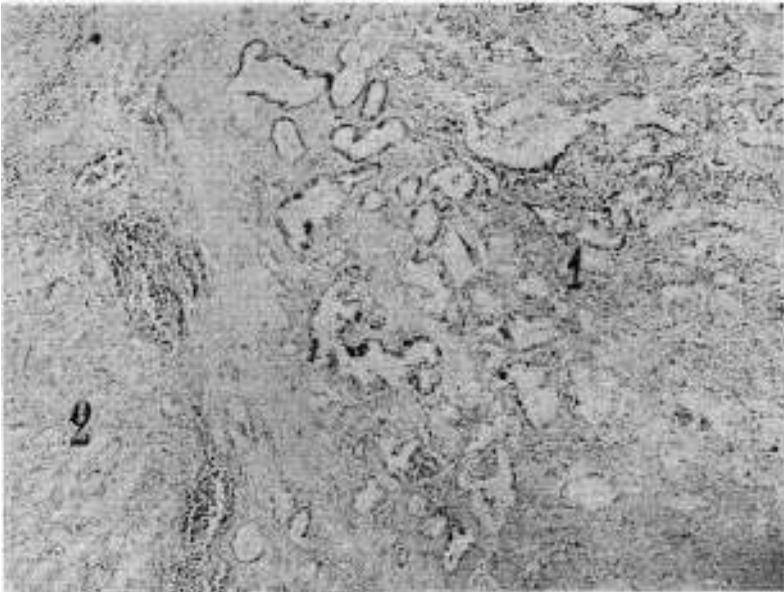


Foto 4. — **Detalle a mayor aumento del borde cardial de la úlcera.**
1) Adenocarcinoma. 2) Mucosa gástrica límítrofe, **no tumoral.**
Dr. J. F. Cassinelli.

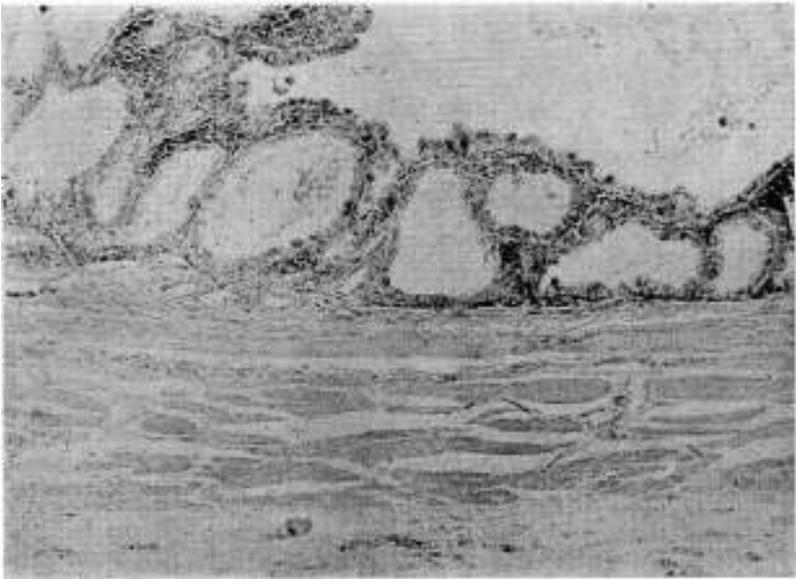
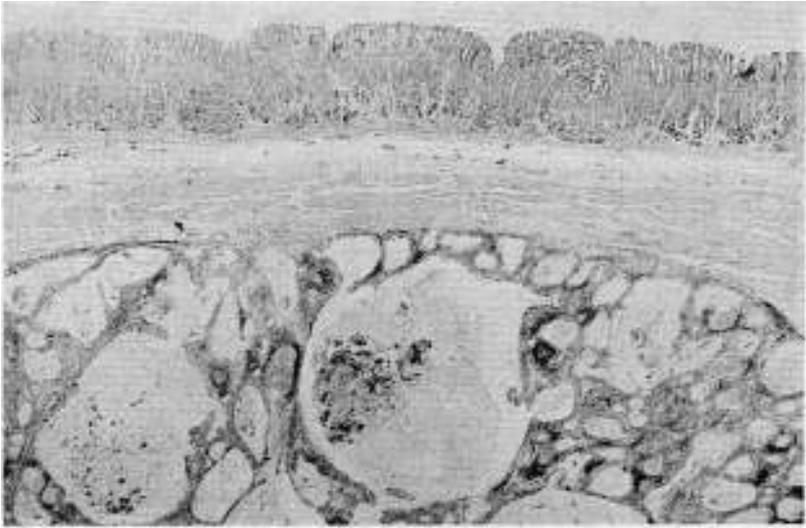


Foto 5 y 6. — Vista topográfica y vista a mayor aumento, de la zona de contacto de un voluminoso ganglio metastásico de la pequeña curva, con la capa muscular del estómago. El ganglio estaba a 4 cms. del orificio cardial. Medio centímetro más arriba había otro.

Dr. J. F. Cassinelli.

- LAHEY (F. H.). — Total gastectomy for all patients with operable cancer of the stomach. *Surg., Gyn., and Obst.* 90; 246. Febrero 1950.
- LEFEVRE (H.). — Sur 15 cas de récidives de cancer gastrique dans le moignon restant. *Académie de Chirurgie*. París, Diciembre 11, 1946.
- LEFEVRE (H.). — Cancer de l'antre et ganglions periesophagiens. Gastrectomie totale. *Académie de Chirurgie* (París). Mars 19, 1947.
- WARREN (S.). — (Citado en Bockus. Post graduate. *Medicine and Surgery*. W. B. Saunders. 1950, p. 112.

Dr. R. García Capurro. — Estoy de acuerdo con el Dr. del Campo en que las estadísticas que hasta ahora se han hecho sobre gastrectomías totales, se basaban sobre los casos peores, que solamente se hacía la gastrectomía total en casos graves y que, por lo tanto, hay que empezar a contar desde este momento.

Creo lo mismo que el Dr. Del Campo que con una técnica bien realizada, en realidad la operación la estamos realizando sobre tejidos prácticamente sanos, el porcentaje de mortalidad va a disminuir muy rápidamente.

Es verdad que la gastrectomía total tiene serios inconvenientes, especialmente en la vida a la cual tendrá que adaptarse después el operado; sin embargo, es todo lo que le podemos ofrecer al enfermo, por el momento, y por lo tanto, considero que tenemos la obligación de hacerla.

Un detalle de técnica al cual doy importancia, es que el ansa que es subida para adosarse con el esófago, se fije al diafragma, de manera que no haya tracción de las líneas de sutura que habíamos hecho anteriormente.

Otra cosa importante, también, sobre la cual nos ha hablado el Dr. Del Campo, cuando trataba del síndrome de dumping es la anastomosis de las asas aferente y eferente en caso de haber hecho simplemente la elevación y fijación de un ansa intestinal, esa comunicación entre las dos ansas nos evita el pasaje de la bilis al esófago que indudablemente es el factor principal en el síndrome.

Dr. Del Campo. — Voy a agradecer a los que han hecho uso de la palabra. Francamente no tengo nada que contestar; en lo que respecta a los principios de técnica que señalaba el Dr. García Capurro, les diré que yo no he traído principios de técnica, porque mi comunicación se refiere a cuestiones de concepto de lo que se debe extirpar. Estoy de acuerdo con los principios que se han señalado y en la técnica operatoria que aparece la descripción del caso, se han hecho las dos cosas: la fijación del ansa al diafragma y la yeyuno-yeyunostomía complementaria.

En lo que respecta a lo que dice el Dr. Miqueo, todos sabemos que el problema es extremadamente serio y que estaría, incluso, el de la posibilidad de error de diagnóstico, que uno tiene que hacer todo lo posible por no cometer. El Dr. Miqueo no me ha oído algunas veces por ejemplo, en las cuales yo he comprometido mi opinión en esta y otras tribunas: la técnica quirúrgica va acompañada en el momento que se hace, del control del citólogo o del histólogo que muestra la extensión ganglionar y que muestra la naturaleza de la lesión.

En este mismo caso, por ejemplo, como la lesión en sí no tenía característica para decir que fuera neoplásica, fué extraído un ganglio de la pequeña curva y aun viendo macroscópicamente que este ganglio era neoplásico, todavía se esperó al examen citológico para poder hacer la gastrectomía total.

Y si mañana me encontrara con un caso sin ganglios, y con una lesión que obligara a hacer una gastrectomía total, empezaría por resecar el segmento inferior del estómago para hacerlo examinar histológicamente en el momento y cumpliría la intervención sólo después, es decir, que el inconveniente de que operemos una lesión que no sea de orden tumoral no está en el principio en sí, sino en la manera como se hacen a veces estas intervenciones. Estas intervenciones tienen que estar dobladas siempre del citólogo o del histólogo para poder hacerlas con el grado de seguridad necesario. Esta comunicación forma parte de dos comunicaciones que pensaba hacer a la Sociedad de Cirugía, esta respecto a extensión de la exéresis y la otra trayendo detalles de técnica, de como hago actualmente la extirpación del cáncer del antro, de la que figura ya algo adelantado el año pasado, respecto a la resección del mesogastro posterior y algo que he agregado este año respecto a la resección del territorio ganglionar parietal.

No creo que sean técnicas que estén terminadas, son técnicas que están en estudio, que están en ejecución, y creo que año a año, nosotros u otros, le irán agregando toda una serie de detalles, hasta llevarla al grado máximo de posibilidades.