

Trabajo del Instituto de Clínica Quirúrgica de la Facultad de Medicina de
Montevideo, Uruguay — Director: Prof. Dr. Domingo Prat — 1950

LIPOMA SUBMUCOSO DEL ESTOMAGO (*)

Dres. Martín Miqueo Narancio y Juan Medoc

Hasta hace relativamente poco tiempo se creía que los tumores gástricos benignos eran una rareza. Esta opinión ha cambiado recientemente, si bien las cifras que se dan por los diversos autores que se han ocupado del tema, difieren en mucho.

En 1950 Thompson y Oyster ⁽¹⁾ refieren que 484 neoplasmas gástricos fueron encontrados en 20.000 autopsias practicadas desde 1938 a 1950 en el Hospital General de Los Angeles. De dichos 484 neoplasmas gástricos, 66 fueron benignos, 398 fueron carcinomas y sólo 20, sarcomas. La incidencia relativa es de 13.6 % de tumores benignos, 82 % de carcinomas y 4.4 % de sarcomas. Las cifras de Riegler y Ericksen ⁽²⁾ sobre 6.742 autopsias son aún mayores, pues la incidencia relativa de tumores gástricos benignos es para ellos de 26 %.

Estas cifras disminuyen enormemente, como es lógico, si se toma en cuenta el material quirúrgico; así, en 1925, Eusterman y Sentry ⁽³⁾ establecían que solamente el 1.3 % de todos los tumores gástricos operados fueron benignos. Esta cifra es confirmada por Thompson y Oyster ya citados. Cuando se trata de material radiológico las cifras varían entre 1.5 y 11 %. En gastroscopia 1.5 a 2 % de todos los tumores gástricos visualizados son diagnosticados como benignos.

Dentro del grupo de los neoplasmas gástricos benignos todos los autores están de acuerdo en otorgar al lipoma una rareza ex-

(*) Presentado a la Sociedad de Cirugía en la sesión del 6 de junio de 1951.

cepcional. Baste decir que las cifras que se dan oscilan entre el 1 y el 2 % de los tumores benignos del estómago. Confort ⁽⁴⁾ en 1931 estudia 181 lipomas gastro-intestinales de todas las localizaciones, existiendo entre ellos 22 lipomas gástricos, de los que



FIG. A. — Radiografía de gastroduodeno con los caracteres descriptos en pág. 3.

sólo 5 habían dado síntomas. En 1946 Hobbs y Cohen ⁽⁵⁾ presentan un curioso caso de lipoma gástrico con invaginación de los dos tercios distales del estómago, llegando la cabeza de la invaginación hasta el ángulo duodeno-yeyunal. El caso de dichos autores era el número 39 de lipoma gástrico en 120 años de bibliografía médica mundial. Desde entonces se han presentado en el mundo uno que otro caso más.

El caso de lipoma gástrico que tenemos el honor de traer hoy

a la consideración de esta Sociedad es el primero, a nuestro conocimiento, que se publica en el Uruguay.

Historia Nº 619 B.

Amelia E. de N., 58 años. Hospital Maciel. Ingresa: 23-VII-

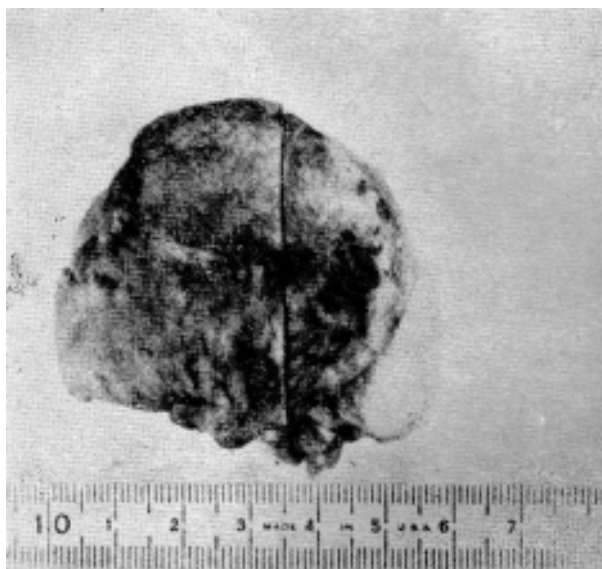


FIG. 1

1950: Op.: 3-IX-50. Alta: 17-IX-1950. Dr. G. Martínez Prado.

Nº 2. Por hemorragia digestiva.

.....
Nº 3. Hace 2 ½ meses y estando en estado de aparente buena salud, le sobreviene fiebre, chuchos de frío, insomnio, lumbalgia, y por ello debe guardar cama. Su médico la trata con penicilina y sulfamidas. Al mismo tiempo toma un purgante de aceite de ricino y ese mismo día tiene abundantes deposiciones “negras como carbón”. A los 2 ó 3 días expulsa por medio de un lavaje abundantes materias con el mismo aspecto. No tuvo hematemesis ni vómitos.

A los 10 días de este episodio, que tenemos el derecho de calificar de “melena”, ingresa a una sala de Medicina del Hospital Maciel donde se le comprueba anemia muy intensa (de 1.000.000 de glóbulos). Se le hace la terapéutica correspondiente

y se le da el alta con un recuento globular de 3.500.000. Desde entonces ha seguido bien.

Desde hace años sufre de una dispepsia atípica con pesadez gástrica y de HD., eructos y gases que la aliviaban cuando eran emitidos. No ha tenido ardores gástricos y sus trastornos no pare-

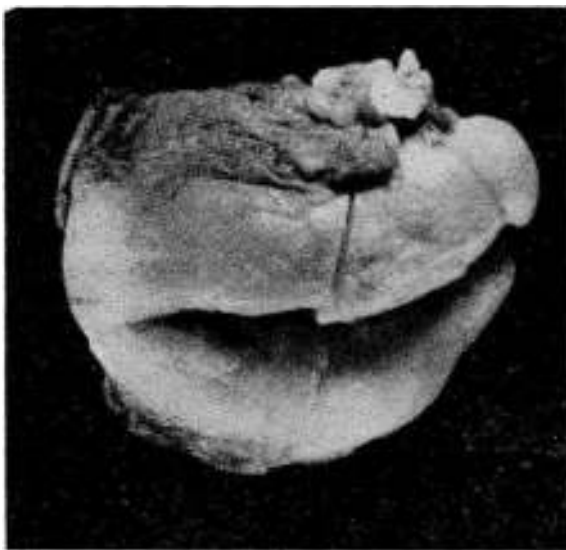


FIG. 2

cen haber estado ritmados con la alimentación ni tener horario fijo.

Nº 5. Hace 21 años y en ocasión de su primer embarazo tuvo cuadros dolorosos intensos de HD. y dice que se puso "amarilla". En ocasión de su segundo embarazo el mismo cuadro se repitió. Los otros antecedentes personales no tienen mayor significación.

Nº 6. Antecedentes familiares sin importancia.

Nº 7. El examen físico (24-VIII-50) revela una enferma de buen estado general, obesa y cuya examen, especialmente el examen abdominal, es enteramente negativo.

Nº 8. Radiología. Gastroduodeno. Placa A 49.277. Informa Dr. Zerboni.

Se comprueba en todos los negativos obtenidos una falta de



FIG. 3

relleno en el cuerpo gástrico, falta de relleno que no tiene características muy importantes: de forma bastante circular, contor-



FIG. 4

nos poco nítidos, pudiéndose observar a través de esa imagen los pliegues del estómago desplazados y abiertos con aspecto de la imagen llamada “gajos de naranja”. Además, aunque dicha ima-

gen llega hasta la pequeña curvatura, no aparecen a ese nivel sus bordes rígidos.

También se observa en los negativos obtenidos un depósito de bario dentro de esa imagen pseudo lacunar. Insistimos en que se trata de una imagen pseudo lacunar, pues esta falta de relleno no tiene los bordes rígidos típicos de las imágenes lacunares típicas.

El aspecto radiológico hace pensar en la existencia de un



FIG. 5

tumor benigno no pediculado, submucoso, con desplazamiento de pliegues y con una ulceración de la mucosa.

Hemograma: Glóbulos rojos 4.000.000 Hb 80 %. VG 1.

Orina: Urea y RW normales.

Nº 9. Tumor gástrico, posiblemente benigno.

Las razones de la intervención son obvias, por cuanto una vez establecido el diagnóstico de tumor gástrico corresponde la intervención quirúrgica sin pérdida de tiempo y la resección gástrica o la intervención limitada a la exéresis del tumor, a criterio del cirujano.

Preparación preoperatoria de rutina.

Nº 10. **Operación.** Dr. Martín Miqueo Narancio, Dr. Jorge Labrot, Pte. Yusim. Sra. Sarita Pernin de Miqueo Narancio.

Laparotomía mediana supraumbilical. Abierto el peritoneo existen serias dificultades para la exploración completa del abdo-

men según nuestra costumbre, pues aparte la obesidad de la enferma, la anestesia es muy dificultosa. Sin embargo, se exterioriza el estómago y el duodeno, no presentando este último evidencia de lesión. La palpación del antro pilórico revela la existencia de un tumor, asentado en su cara posterior por una base sesil, redondeado, tamaño de un huevo de gallina, regular y extraordinariamente móvil en todo sentido, de consistencia renitente. Es decir que tenía todos los caracteres de un tumor benigno. En el

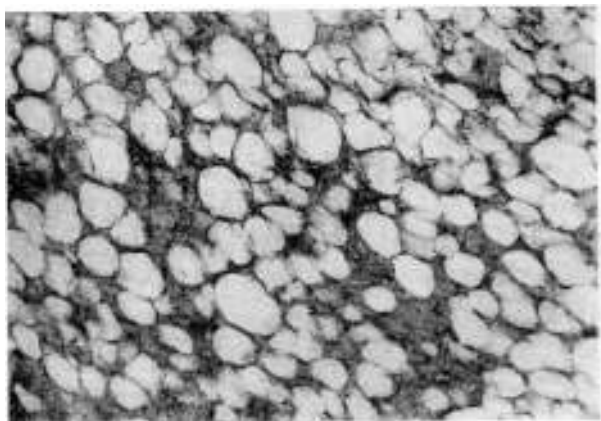


FIG. 6

curso de la exploración no se visualizó ni se palpó la vía biliar por las razones antedichas. Colon transverso y cuerpo de páncreas sin evidencia de lesión.

Gastrotomía sobre la cara anterior del sulcus angularis.. Aparece ante nuestra vista un tumor con los caracteres ya mencionados, implantándose por amplia base sobre la cara posterior de la parte proximal del antro pilórico. En su ápice presenta una ulceración. Su posición es entre la mucosa a la cual adhiere y que ha desaparecido en la zona de la ulceración y la muscular sobre la cual rueda. Aspecto y consistencia nos llevan inmediatamente al diagnóstico presuntivo de lipoma. Abrimos la mucosa en gajo a los lados del tumor y lo clivamos con facilidad, extirpando su cápsula en toda su integridad y ligando su pedículo.

Una vez extirpado el tumor, liberamos ambas curvaturas ligando arriba y abajo sus arcadas vasculares y cerramos la brecha gástrica que tiene sentido transversal en un plano total

al surget de catgut 00 y uno sero-seroso a puntos separados de hilo de algodón; una vez explorado el resto del estómago que no presenta lesión.

Cierre de la pared en un plano a puntos en X de hilo de algodón, sin drenaje. Algodón en piel. Transfusión preoperatoria: 500 c.c. sangre total.

Nº 11. Anestesia general por gases e intubación. Nurse Porta. Anestesia muy dificultosa y deficiente.

.....

Nº 12. Anatomía patológica.

Nº 13. Lipoma submucoso ulcerado del estómago.

Nº 14. Post-operatorio absolutamente sin incidentes desde el punto de vista gástrico. Al 2º día presentó un cuadro atelectásico de la base derecha con fiebre a 40º que cedió rápidamente a las medidas corrientes. El resto de su evolución en sala se realizó sin particularidades.

Nº 15. Mejorada.

Informa Dr. Juan Medoc.

.....

Examen macroscópico. Fragmento de mucosa gástrica de forma ovalar; presenta dos depresiones infundibulares de 7 y 4 mm. (Fig. 1) de diámetro, separadas por una zona de mucosa epitelizada. El fondo de estas dos ulceraciones adhiere fuertemente a una formación grasosa (Fig. 2) de unos 5 cms. por 2.5 en sus diámetros máximos, de forma y tamaño comparable a un huevo de gallina. El corte total (Fig. 3) que pasa por la ulceración mayor muestra cómo la mucosa, que es fácilmente decolable de la masa adiposa, adhiere fuertemente a nivel de la ulceración a favor de un tejido blanco-grisáceo del que parten algunos tabiques que penetran en la grasa.

Examen microscópico. La ulceración tiene el aspecto del ulcus gástrico crónico (Fig. 4). Se ve una pérdida de sustancia de la

capa epitelial recubierta por una costra de tejido necrótico y un fondo de tejido conjuntivo con numerosos vasos y abundante infiltración leucocitaria (¿linfocitaria?) [Fig. 5]. Este fondo fibroso está bastante bien separado del tejido adiposo. Lateralmente las vesículas adiposas ascienden más hacia el epitelio de recubrimiento.

En cuanto al tejido adiposo (Fig. 6) éste está constituido por un estroma conjuntivo-vascular y un parénquima de células adiposas adultas, que aparecen como vesículas cargadas de grasa y huecas por la acción del disolvente. La estructura de esta formación adiposa no es la de la cicatriz esclero-grasosa de los ulcus crónicos que funde todas las tunicas de la pared y se hace visible del lado seroso, sino la de un verdadero lipoma cuyas relaciones etio-patogénicas con las ulceraciones están abiertas a discusión.

Opinamos que se trata de un lipoma submucoso de estómago que al crear condiciones de meiopragia y comprometiendo el trofismo local de la mucosa, ha favorecido la formación del ulcus.

SINTOMATOLOGIA:

La mayor parte de los tumores gástricos benignos que se encuentran lejos del cardias o del píloro dan poca o ninguna sintomatología hasta que se ulceran. En nuestro caso, la enferma presentó una dispepsia atípica muy difícil de caracterizar, que algunos autores asimilan a la dispepsia de la gastritis crónica. Producida la ulceración, que evidentemente es de larga data, el tumor permaneció prácticamente silencioso hasta que sobre él actuaron dos clases de influencias agresivas: a) un estado infeccioso de tipo gripal y b) una injuria terapéutica doble, una de ellas atribuible al médico que recetó sulfamidas y la otra a la paciente, quien se administró un purgante de aceite de castor.

Apareció entonces el signo clínico de mayor importancia en los neoplasmas benignos del estómago: la hemorragia masiva dentro del estómago. Para Bockus no fatal en la generalidad de los casos. Tal lo que sucedió en nuestra enferma, quien exteriorizando su hemorragia bajo forma de melena, llevó su recuento globular a la cifra extrema de un millón de eritrocitos. Una vez

detenida la hemorragia, esta intensa anemia fué prontamente corregida con el tratamiento adecuado. Pasado el episodio agudo la enferma volvió rápidamente a su anterior estado de aparente salud.

RADIOLOGIA.

Existe un punto capital con respecto al estudio radiológico de estos tumores, sobre el cual todos los autores están de acuerdo y que Bockus (7) ha resumido de la siguiente manera: "No hay nada distintivo roengenológicamente acerca de los tumores benignos que tienen cráteres muy amplios, y la mayoría de las deformidades radiológicas de este tipo son causadas por grandes úlceras benignas o malignas". No hay pues nada patognomónico.

Las características de la sombra radiológica de un tumor benigno del tipo que nos ocupa, han sido estudiadas por Zerboni (8) en trabajo presentado a esta misma Sociedad de Cirugía en 1945. La existencia de un nicho es motivo de discusión; así Carter y Laing citados por Sherman, Long y Caylor (9) dicen que: "Una masa intragástrica redondeada y netamente circunscrita con un nicho ulceroso demostrable puede ser probablemente considerada como un sarcoma no-linfático radiorresistente. Tales lesiones sin el nicho y no demasiado grandes pueden ser presumiblemente, pero sólo presumiblemente, tomadas como benignas".

Moore, citado por Hobbs y Cohen (10), enumeró en 1927 las siguientes características de los tumores gástricos benignos, insistiendo como todos los demás autores, que dichas características son sólo sugestivas de tal diagnóstico: a) Imagen de defecto circunscrita en las paredes sin tocar las curvaturas; b) Pliegues gástricos obliterados en la inmediata vecindad del tumor pero normales en el resto; c) No hay trastornos de peristalsis o retención, salvo en los tumores cercanos al píloro; d) No hay nicho, ni incisura ni espasmo; e) Completa aproximación de las paredes llenas de bario.

A estos signos, que son los que Zerboni ha enumerado en su informe, debe agregarse la separación de los pliegues en gajos de naranja.

Finalmente, Culver y Dobrek (11) en artículo publicado recientemente, describen un caso del lipoma submucoso gástrico no ulcerado y emiten la opinión de que "un tumor submucoso li-

brememente móvil al examen radioscópico, y donde no se puede visualizar un pedículo, puede ser un lipoma submucoso”.

GASTROSCOPIA, PERITONEOSCOPIA, QUIMISMO GASTRICO

Ninguno de los tres métodos del examen antedicho fué utilizado en nuestro enfermo. Los dos últimos hubieran sido de ningún valor, desde que la peritoneoscopia solamente puede visualizar tumores benignos de la variedad exogástrica y el quimismo gástrico no permite en estos casos sacar ninguna conclusión.

Teóricamente al menos, la endoscopia gástrica puede guiarnos en el diagnóstico, pero los hechos han demostrado que su valor no es tampoco muy grande en el caso de tumores circunscritos submucosos.

DIAGNOSTICO

.....

Con Bockus pensamos que se debería siempre pensar en la posibilidad de un tumor gástrico benigno en casos de hematemesis y melenas, particularmente si hay repetidos episodios de tal naturaleza en enfermos que no tienen trastornos prodrómicos epigástricos. El estudio radiológico es la base del establecimiento de la posibilidad de tal tipo de tumor. No creemos que pueda establecerse nunca el diagnóstico previo de lipoma submucoso gástrico, y solamente existe en la literatura el signo descrito por Culver y Dobrak a que hemos hecho ya referencia, que podría hacernos pensar en su posibilidad. Por otra parte, la extrema rareza de estos tumores hace muy poco probable la posibilidad de su existencia.

TRATAMIENTO...

Los tumores benignos del estómago tienen una sola terapéutica, esto es: su exéresis quirúrgica. Tal lo que hicimos en este caso. El tipo de operación es discutible según los casos; Lahey propone la gastrectomía subtotal y Walters la excisión local en el caso de tumores circunscritos, previo control por biopsia extemporánea.

En nuestro caso efectuamos la exéresis del tumor y de su cápsula en totalidad basados en dos razones del momento: a) el

diagnóstico macroscópico de lipoma y b) nuestra interpretación de la úlcera como secundaria al tumor y producida por éste. El examen anatomopatológico confirmó la verdad de nuestro razonamiento. Aunque Bockus establece que la operación de simple excisión ha sido seguida en cierto número de casos por la aparición de una lesión maligna en el sitio de excisión, no creemos que tal cosa suceda en este caso, dado que la exéresis fué completa y la benignidad proverbial del lipoma. La enferma debe considerarse definitivamente curada.

RESUMEN

Un caso de lipoma gástrico submucoso ulcerado es descrito con todos sus detalles. Se estudian sus características clínicas y radiológicas. Se describe su tratamiento y se establece su pronóstico.

BIBLIOGRAFIA

1. THOMPSON H. L. and OYSTER J. M. — Neoplasmas of the Stomach Other Than Carcinoma. *Gastroenterology*, 1950. 15 : 185.
2. RIGLER L. G. and ERICKSEN L. G. — Benign Tumors of Stomach; Observations on Their Incidence and Malignant Degeneration. *Radiology* 26 : 6, 1936.
3. EUSTERMANN G. B. and SENTY E. G. — Benign Tumors of the Stomach. *Surg., Gynec. Obst.* 41 : 161, 1925.
4. COMFORT M. W. — Citado por Bockus.
5. HOBBS W. H. and COHEN S. E. — Gastro-duodenal Invagination Due to Submucosal Lipoma of Stomach. *Amer. J. Surg.*, 71 : 505, 1946.
6. BOCKUS H. L. — *Gastro-Enterology*, W. B. Saunders & Co. Philadelphia, 1947.
7. Id., Id.
8. ZERBONI E. R. — Contribución de la Radiología en el estudio de los tumores benignos del estómago. *Bol. de la Soc. Cir.* 16 : 502, 1945.
9. SHERMAN R. M., LONG L. and CAYLOR H. D. — Unusual Tumors of Stomach. *Amer. J. Surg.*, 71 : 657, 1946.
10. MOORE. — Citado por Hobbs y Cohen.
11. CULVER G. J. and DOBRAK A. — Submucosal Gastric Lipoma. Report of a Case Presenting an Interesting Roentgen Sign. *Amer. J. Roentg.* 64 : 938, 1950.

Dr. García Capurro. — Creo que no puede pasarse sin comentario la muy interesante comunicación del Dr. Miqueo.

Ahora, en cuanto a la estadística de autores americanos que nos ha traído, realmente no parecen estar muy de acuerdo con la experiencia que nosotros tenemos en nuestro país.

Si a mí me hubieran preguntado el número de tumores benignos que había en nuestras operaciones gástricas, yo creo que no me habría animado a hablar ni siquiera de un 5 %.

Creo que en los muchos estómagos que hemos visto, no recuerdo más que dos o tres casos de tumores benignos; de manera que me llama la atención ese hecho. Lo demás lo he escuchado con mucho interés y no tengo ningún comentario que hacer.

Dr. Stajano. — Yo me alegro mucho de haber oído al Dr. Miqueo en su interesantísima comunicación sobre lipoma ulcerado de la submucosa gástrica.

El capítulo de los tumores benignos del estómago, es un capítulo que creo que alguien tendría que hacer la síntesis, sobre lo que se ha escrito respecto a los tumores benignos de estómago. Y hay una serie de trabajos y de hechos que inducen a hacer ese trabajo de síntesis. El doctor Miqueo presentó un caso de lipoma de la submucosa gástrica, es decir un tumor submucoso, es decir, intersticial del estómago, del tejido conjuntivo; hizo reproducción lipomatosa e hizo su tumor.

Hay una serie de otros tumores benignos del estómago, que son de otra familia tisular, y así por ejemplo yo he presentado tres casos en la Sociedad de Cirugía de tumores benignos del estómago ulcerados, en los cuales la naturaleza histológica no era lipoma sino que era schwannoma, es decir tumores que parecen fibromas y ese es el viejo pleito de Anatomía Patológica: los que dicen fibromas y otros que sostienen, que dicen que no son fibromas, sino de la vaina de Schwan y le dan el nombre de schwannoma.

Los anatómo-patólogos siguen discutiendo, pero es otro tipo de tumor, y hay tumores puros y hay de otra familia, mejor dicho de otra modalidad, llegando a ser hasta condroma del estómago, y tumores conjuntivos eterotópicos, de una rareza excepcional. Yo creo que hay un caso de tumores eterotópicos, óseos y cartilaginosos, del estómago; cuando yo me ocupé de ese asunto como una curiosidad, que ahora no recuerdo ni la ficha en donde está, pero que demuestra que el tejido conjuntivo puede tomar cualquiera de los caminos que incidentalmente puede tomar.

Ahora, bajo el punto de vista del diagnóstico, yo creo que los tumores conjuntivos benignos del estómago, y me refiero a los conjuntivos, hay que diferenciar el tumor conjuntivo que es simple confirmación vital de la Anatomía, cosa que es rarísima, y entonces no es complicado. Ese no da síntomas de ninguna clase, ni síntomas digestivos, ni síntomas dispepticos ni síntomas de ninguna clase; cuando da síntomas es cuando se complica y entonces el diagnóstico es más complicado, más complicado

porque se ulcera la mucosa, haciendo ulceración motival de la hemorragia intensa y hematemesis intensa como el caso del Dr. Miqueo, que dió hematemesis porque tenía ulceración del tumor, que era una complicación ya del tumor en sí y entonces el diagnóstico clínico ya se presta a otras consideraciones y el diagnóstico radiológico también, porque ya hay una úlcera, ya hay una ulceración, y ya no es simplemente tumores que hacen una evolución intragástrica más o menos prominente, más o menos redondeada, más o menos movable, con carácter de tumores benignos, como pude demostrar por alguno de los casos comunicados aquí, en esta Sociedad, donde esos schwannomas dieron una zona redondeada, típica de evolución endogástrica que permitieron hacer el diagnóstico de tumoración benigna del estómago.

De manera que creo que habría que diferenciar el tumor no complicado, simple, mero hallazgo histológico anatómico, y las complicaciones de esos tumores, que es cuando se ulceran y que dan toda la sintomatología.

Me felicito de haberle oído porque realmente es una comunicación interesante y que habla de ese capítulo que creo que alguien debiera sintetizar sobre tumores conjuntivos benignos del estómago aunando todas las familias conjuntivas que pueden determinarlo.

Dr. Ardao. — Estimo también de gran interés la observación que ha presentado el Dr. Miqueo y es alentador comprobar que periódicamente se presentan aquí en esta Sociedad de Cirugía, tumores benignos como lo señalaba el Dr. Stajano.

Hace un tiempo el Dr. Stajano presentó un caso de schwanoma gástrico y creo que el profesor Prat presentó también, en colaboración con el Dr. Correa de su clínica, otras observaciones hace dos o tres años. Hace un tiempo el profesor Bianchi de Buenos Aires, presentó en Montevideo una conferencia sobre tumores benignos del estómago, y efectivamente la inmensa mayoría de esos tumores resumen tumores de estirpe nerviosa, hoy catalogados como schwannomas.

En lo que se refiere especialmente al caso este, yo creo que la estadística, si no oí mal, es una estadística de autopsias, de tal manera que no puede encontrar un porcentaje tan alto de tumores benignos en referencia a carcinomas.

El problema, concretamente al caso este, estimo es de mucho interés, el diagnóstico, historia clínica, la parte radiológica, y lamento que no esté el Dr. Medoc para hacerle alguna pregunta más concreta respecto a la Anatomía Patológica, porque está muy bien expresado en la forma macroscópica, sé muy bien, tengo un alto concepto de su capacidad del punto de vista del diagnóstico histológico, pero estimo que hubiera sido más necesario documentar la histología propia del lipoma. Uno debe estar muy advertido respecto a la experiencia, la posibilidad de tumores malignos cuando se trata de tumores conjuntivos en las vísceras y este.

es un lipoma. Estoy de acuerdo en lo que se muestra, pero es posible, dado que hay una gran cantidad de células jóvenes, lipoblastos de ese tumor, pueda presentar una estructura liposarcomatosa. Se debe ser muy desconfiado del punto de visto histológico en el diagnóstico de benignidad, cuando se encuentran tumores conjuntivos benignos de las vísceras que presentan formas embrionarias de ese tipo adulto de tejido conjuntivo.

Ese es un lipoma ulcerado, pero llama la atención la riqueza de células conjuntivas cargadas de grasa, que quedan en la etapa joven y entre ellas disocian esos lipoblastos, células conjuntivas que no tienen grasa. De manera que no digo que no sea un lipoma, sino que me permito simplemente llamar la atención respecto a la posibilidad evolutiva de este enfermo, dado que fué hecha una intervención económica, de que pudiera tratarse en otras regiones, en otro campo histológico, si es que no ha sido estudiado completamente, de un tumor maligno asociado a una evolución de tipo benigno.

Por otra parte me asocio a las felicitaciones; también estoy muy contento de haber oído esta comunicación del Dr. Miqueo.

Dr. Miqueo. — Agradezco mucho el interés con que ustedes han seguido esta exposición, así como a todas las personas que han hecho uso de la palabra.

Ahora, en concreto, al Dr. García Capurro le diré lo que acaba de decir el Dr. Ardao, que es una estadística de 12 a 13 % por tumores benignos, sobre material de autopsia; cuenta como tumores benignos, la existencia de pólipos que no han dado sintomatología durante la vida, pero como digo en el trabajo se establece que el 1,3 % de todos los tumores gástricos operados en la Mayo Clinic fueron benignos. Lo otro es material de autopsia.

Con respecto al Dr. Stajano, le diré, después de agradecerle sus palabras, de que estaba perfectamente enterado de los casos que tanto él como el Prof. Prat habían presentado, pero que sólo traté el capítulo de tumores benignos de pasada, para entrar al lipoma y no correspondía alargar desmesuradamente esto. Es cierto que la mayoría de esos tumores son de esa naturaleza, de naturaleza nerviosa y quizás éste es un caso de rareza excepcional. Estoy de acuerdo en que debiera ponerse al punto el capítulo de los tumores gástricos benignos que son asintomáticos hasta que se ulceran y aparece el síntoma fundamental que es la hemorragia masiva, que es lo que presentó esta enferma.

Con respecto al Dr. Ardao, le agradezco lo que ha dicho, porque el Dr. Medoc, que no sé por qué no ha venido hoy porque le había avisado, estuvo estudiando esta pieza como seis meses; el enfermo fué operado en el Instituto Clínico Quirúrgico, y el Dr. Prat debe recordar que Medoc venía a hablar todos los días del lipoma famoso.

El hecho de que el Dr. Ardao haya visto células jóvenes, es una inquietud que voy a llevar a Medoc, porque como dije en el trabajo —

afirma que cuando el tumor es rico de esta manera, se produce una recidiva maligna en la cicatriz. Lo que explicaría que este tumor tuviera una potencialidad maligna y que a la larga se transforme en sarcoma u otro tipo de tumor.

Corresponde decir más claramente por qué adopté esta conducta. Pensaba hacer en este enfermo una gastrectomía sub total, pero la enferma era de una obesidad excesiva, el estado en la mesa de operaciones no era brillante por el hecho de abrir y operar y la anestesia era francamente dificultosa y con ese diagnóstico de lipoma, me limité a la exéresis; por otra parte he seguido a la enferma y por ahora no presenta ningún otro síntoma.
