

LA ADENOMATOSIS GASTRICA (*)

Dres. Héctor A. Ardao y Alberto Aguiar

El análisis de dos observaciones de adenomas gástricos que tuvimos la oportunidad de tratar, presenta ciertos aspectos de interés patológico y clínico por lo cual las traemos a la consideración de los colegas.

OBS. 1). H. F. de P., 63 años. Sin antecedentes. Estando en buena salud, yendo por la calle en noviembre de 1945, tiene una violenta emisión de sangre por la boca con pérdida de conocimiento. Es recogida y llevada a un Sanatorio con diagnóstico de hemoptisis. Se le hace radiografía de tórax, revela campos pulmonares claros. Ese día la vemos pálida, anémica. Se le hacen transfusiones y mejora. Una radiografía de estómago hecha en buenas condiciones a los seis días revela numerosas faltas de relleno en el cuerpo del estómago que hacen presumir sean coágulos o restos alimenticios según el informe del radiólogo. Una nueva radiografía pone en evidencia las mismas faltas de relleno (Fig. 1). Con diagnóstico de tumor de estómago se interviene dos semanas después practicándose una gastro-pilorectomía amplia. Evolucionó bien, y es dada de alta a los ocho días.

Hasta la fecha han transcurrido ocho años y se encuentra bien, no habiendo tenido molestias ni hemorragias.

Examen anatomo-patológico. — Abierta la pieza operatoria por la gran corvadura del estómago conservando el epiplón mayor se comprueba la existencia en la mucosa del cuerpo del estómago de numerosas neoformaciones (alrededor de veinte) poliposas pediculadas. Todas tienen un aspecto y tamaño semejantes (Fig. 2). El pedículo largo de dos o tres centímetros es de consistencia laxa y se continúa sin transición con el resto de la mucosa. Cada pedículo termina en una neoformación redondeada del tamaño de una aceituna o algo menos. La parte culminante de los pólipos preséntase, en algunos, ulcerada superficialmente y en el resto finamente porosa. El resto de la mucosa del cuerpo del estómago pre-

(*) Trabajo presentado en la Sociedad de Cirugía el día 3 de junio de 1953.

sentā carácter normal y toda ella comprendiendo la de los pólipos desliza fácilmente sobre la capa muscular. La mucosa del antro no presenta ningún pólipo y macroscópicamente es de carácter normal.

Los ganglios de la pequeña curva son normales.

Examen macroscópico. — En cuatro pólipos examinados, los cortes revelaron una textura similar. Se trata de una abundantísima prolifera-



Fig. 1. — Radiografía. Aspecto moteado en el cuerpo del estómago y quiste hidático calcificado del hígado.

ción de glándulas tubulosas y alveolares dentro de un estroma conjuntivo muy escaso y reacción inflamatoria exudativa linfoide (Fig. 3). Las glándulas son de dos tipos y aparecen entremezcladas (Fig. 4). Unas son más grandes en forma de tubos irregulares revestidos por una sola hilera de células claras y altas. Las otras son glándulas pequeñas, tubulosas o vesiculares, simples, revestidas por células oscuras dispuestas en una sola hilera.

Esta conformación histológica se repite en los preparados de todos los pólipos examinados.

OBS. 2. Servicio del Prof. Chifflet. Hospital Pasteur. H. C. N° 135. P. R., 43 años. Febrero de 1951. Ingresa por dispepsia gastro-duodenal y estudio radiológico repetido mostrando imagen lacunar del antro. Comenzó en setiembre de 1950, con ardor epigástrico que le duraba 5 a 10 días con intervalos de calma de una semana. Hambre dolorosa alrededor

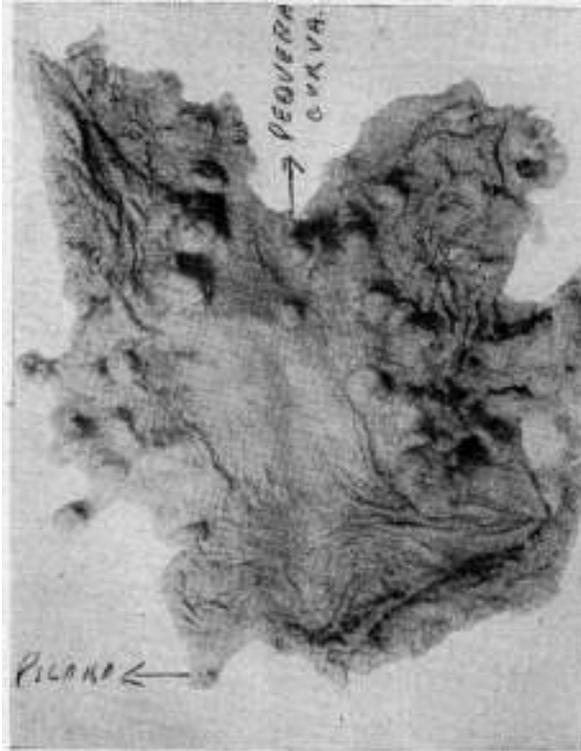


Fig. 2. — Foto macroscópica de la pieza mostrando numerosos pólipos salientes en la luz.

de las 11 de la mañana que se calma comiendo cualquier alimento o espontáneamente. Después de comer, el ardor le aparecía precozmente alrededor de media hora. Adelgazamiento de nueve kilos en tres meses y vómitos en ayunas, ingresando en octubre de 1950 al Hospital Maciel en donde la radiografía 50997 revela marcado engrosamiento de los pliegues del antro y una irregularidad en la pequeña curva.

En febrero de 1951, ingresa al Servicio del Prof. Chifflet habiendo mejorado su estado general pero persisten los ardores. Nueva radiografía revela imagen lacunar del antro (Fig. 5). Probable neo. Dr. García Capurro.

La operación se realiza con el diagnóstico mencionado comprobándose la ausencia de metástasis y un engrosamiento discreto de la pared del estómago del antro. Procedimos a la resección amplia realizando la

anastomosis según Hoffmeister - Finsterer. Evolucionó en buenas condiciones siendo dado de alta a los ocho días.

Examen anatómo-patológico: Abierto el estómago por la gran curvatura se comprueba que la mucosa del antro junto al píloro en la pequeña curva y cara posterior presenta una zona de unos 3 por 4 cm. irregular-

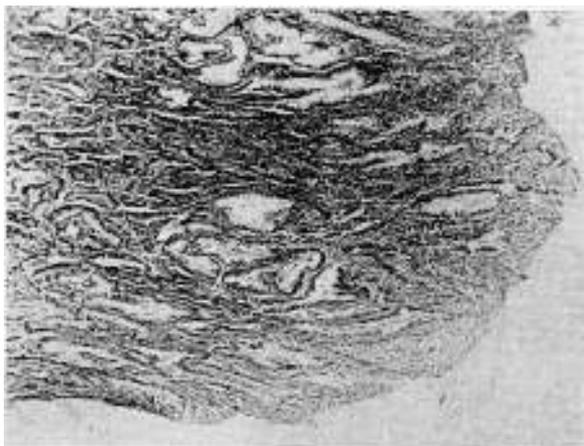


Fig. 3. — Pólipo ulcerado. Glándulas tubulosas, mucosas y alveolares.

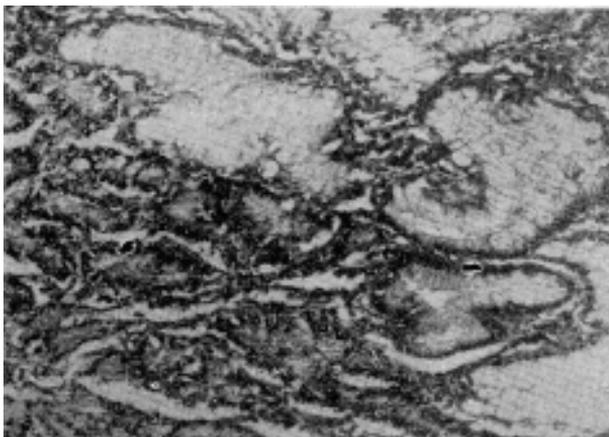


Fig. 4. — Glándulas a células claras y a células oscuras.

mente redondeada levantada en meseta donde los pliegues están engrosados y a su nivel no hay ulceraciones pero la mucosa tiene un aspecto poroso. (Fig. 6).

Examen microscópico: Los cortes de la zona mencionada revelan en la mucosa y por debajo disociando la muscular y mucosa abundantísimas glándulas claras, arracimadas con los caracteres típicos de la glándula de Brunner duodenales. En partes quísticas (Figs. 7, 8, 9, 10).

Consideraciones

Las neoformaciones glandulares benignas de la mucosa del estómago han recibido diversos nombres y comienza su estudio en 1888 con Menetrier quien aisló dos formas anatómicas: los poliadenomas poliposos, y los poliadenomas en placas.

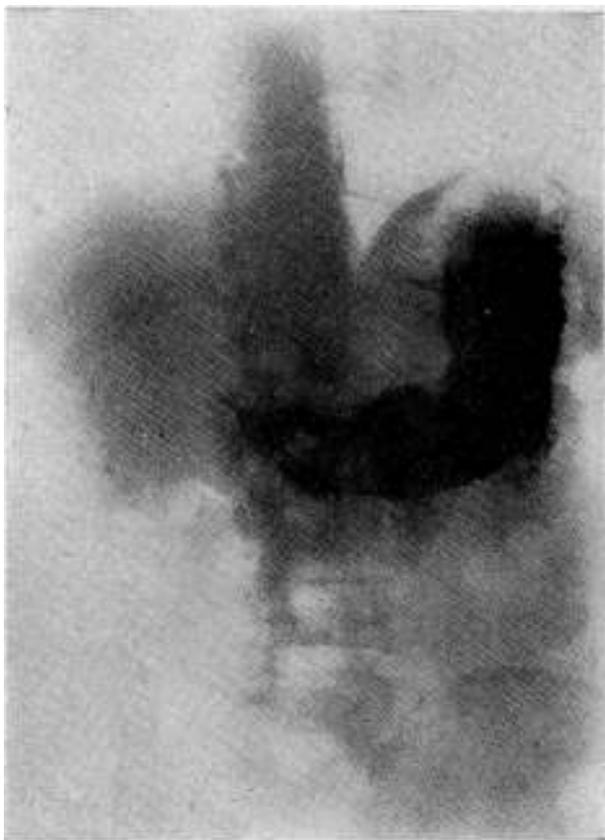


Fig. 5. — Radiografía. Imagen lacunar del antro.

Luego han sido estudiados del punto de vista anatómico con los nombres de Pólipos glandulares simples, Adenomas, Papilomas, Adenoma Brunneriano (Hayem, 1875). Utilizamos el término Adenomatosis para designar las hiperplasias glandulares típicas de la mucosa que se presentan en forma difusa y sin límites bien netos en donde la naturaleza inflamatoria o reaccional frente a estímulos funcionales sobre la mucosa del estómago pueden ser excluidos y en donde la hiperplasia glandular puede

presentar evidencias de alteración congénita como es la presencia de glándulas de Brunner en la mucosa antral o bien la coexistencia de neoformaciones poliposas glandulares en el resto del intestino delgado y del colon.

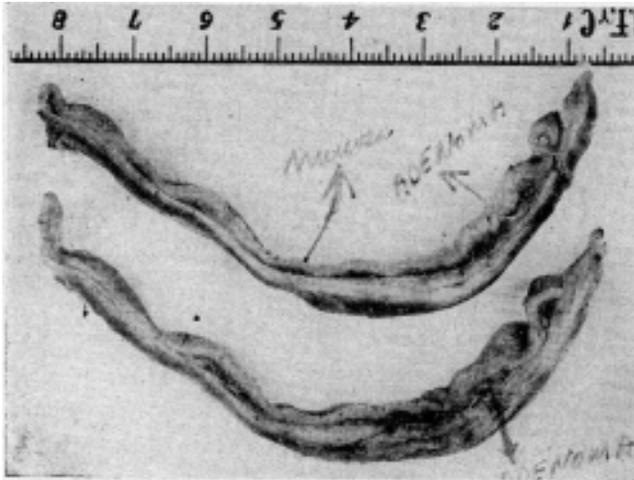
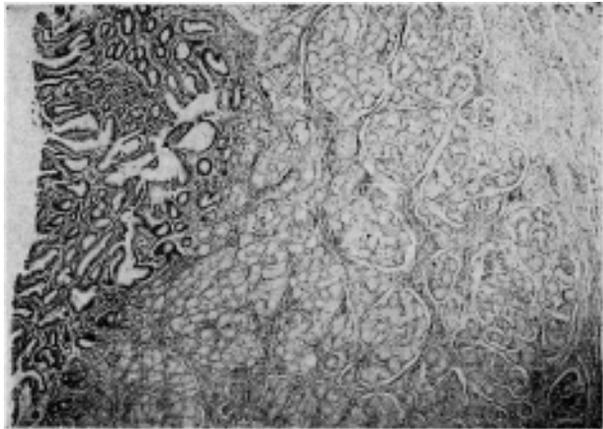


Fig. 6. — Foto macroscópica. 2 cortes transversales a nivel del antro, mostrando una mucosa engrosada y zonas adenomatosas.

Fig. 7. — Mucosa gástrica. Por debajo numerosas formaciones glandulares de tipo adenomatoso.



Los adenomas gástricos han sido estudiados en estos últimos cincuenta años y según Heeks y Gibb (citados por Bocus) sólo alrededor de cien casos de auténtica poliposis gástrica han sido relatados.

Los adenomas gástricos, como sucede con todos los tumores benignos del estómago, frecuentemente carecen de historia patológica y se descubren en el curso de un examen de Rayos X, gastroscopia, en el acto operatorio o en la necropsia. Sin embargo

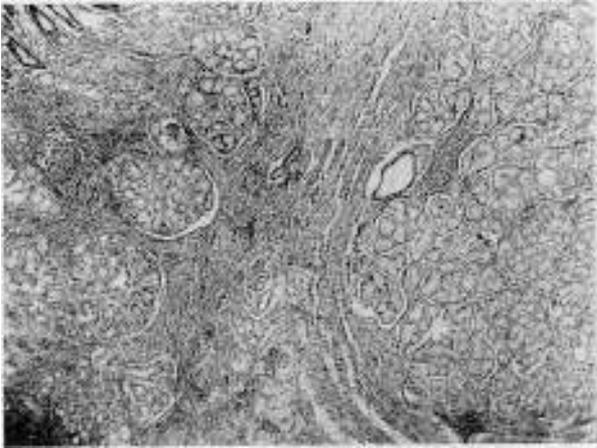


Fig. 8. — Mucosa gástrica. Otro aspecto, con numerosas formaciones adenomatosas.

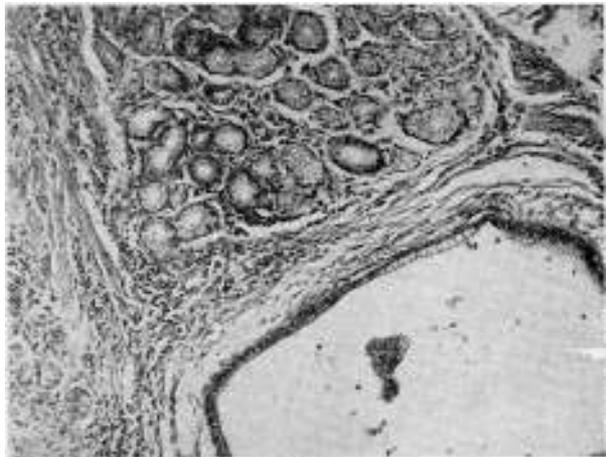


Fig. 9. — Dilatación quística. En la periferia numerosas glándulas.

a veces presentan síntomas dispépticos indefinidos que no encuadran en la historia de la úlcera o del cáncer: ardores, acideces, vómitos, anorexia, distensión epigástrica, dolor, etc. Más raramente una complicación atrae la atención sobre ellos. La más frecuente es la hemorragia (hematemesis y melenas), la obstruc-

ción pilórica aguda o crónica y la cancerización. La oclusión pilórica y la invaginación piloro-duodenal han sido señaladas en casos de voluminosos pólipos adenomatosos del antro.

Esta crisis puede caracterizarse por dolor violento y shock. Conducir a la muerte o retroceder espontáneamente si el pólipo

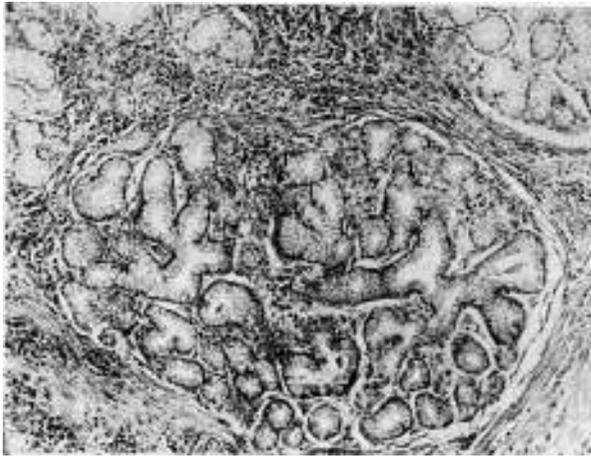


Fig. 10. — Formación adenomatosa, bien circunscripta, a mayor aumento.

vuelve a su sitio. Se han descripto casos de oclusión pilórica recidivante. Los adenomas gástricos pueden ser únicos o múltiples, pedunculados o sesiles o en placas. A veces se encuentran varios cientos y es evidente que hay un trastorno en el desarrollo congénito de la mucosa que se hace evidente cuando coexisten neoformaciones similares en el resto o en partes de la mucosa del tubo intestinal. En el estómago asientan por lo común en la región pilórica y según las estadísticas sufren la transformación maligna al epiteloma en un alto porcentaje. Muller, Eliason y Wright señalan el 35 % en 23 casos; Brunn y Pearl refieren el 12 %.

- LEMIERRE (A.). — "Traité de medecine". París, Masson, 1950 v. VII, p. 447 - 453.
- PIERSOL (J.). — "The cyclopedia of medecine - surgery and..." Philadelphia, F. Davis, 1952, v. XIII, p. 241 - 264.
- ROCK CARLING (E.). — "British surgical practice", Londres, Butterworth, 1950 v. VIII, p. 49 - 87.
- VACHON (A.). — "Précis des maladies de l'appareil digestif", Paris. Doin, 1952, p. 230 - 234, p. 202.
- WALTERS (W.). — "Carcinoma of the stomach". Philadelphia, Saunders, 1942, p. 132 - 140.
- WILLIS (A.). — "Pathology of tumours". Londres, Butterworth, 1948, p. 395 - 399.
- MENETRIER. — Des poliadenomes gastriques. Arch. de Physiol. 1888. p. 32 - 55 et 236 - 262.
- HAYEM (G.). — Contrib. a l'étude de l'ulcère de l'estomac. Bull. et Mem. de la Soc. Med. des Hôp. de Paris. S. Avril 1875.

Dr. Mourigán. — El diagnóstico de tumores benignos de estómago debe ser con el diagnóstico **positivo** de un escobillado gástrico (que creo que no se hace en nuestro ambiente) o con la pieza operatoria en la mano.

Voy a aclarar más. En el caso más típico, del punto de vista clínico y radiológico de tumor benigno de estómago, la histología (el examen microscópico) muestra la degeneración epitelial.

Dr. Zerboni. — Quisiera hacer un pequeño comentario con respecto a los estudios radiográficos y agradecería al Dr. Ardao, hiciera colocar de nuevo los negativos en el negatoscopio.

Con respecto a la frecuencia de la poliposis gástrica debo decir que es relativamente rara, por lo menos aquí en el Uruguay y recuerdo haber visto solamente una vez la verdadera poliposis gástrica, con gran extensión de los pólipos en todo el estómago.

Es más frecuente la existencia de pólipos solitarios o dos o tres pólipos que la verdadera poliposis. En otros países tal vez sea más frecuente, y recuerdo una hermosa colección de poliposis gástrica que presentó el Dr. Quirno Codas Thompson de Asunción del Paraguay en un Congreso de Santiago del Estero.

En cuanto al comentario del Dr. Ardao, sobre el diagnóstico radiológico y su posible confusión con restos alimenticios, aunque la placa no es muy satisfactoria, desde el punto de vista técnico, creo que basta, pues los restos alimenticios en general siempre se acompañan con líquido de secreción o con líquido ingerido con los alimentos, mientras que aquí no existe eso. También en este caso es dado observar que las imágenes lacunarias redondeadas, más o menos del mismo tamaño y múltiples, no da la impresión que exista alteración de las paredes, llegándose por esto a pensar en múltiples tumores benignos intragástricos.

Sería muy interesante en estos casos completar el estudio con un examen de relieve interno.

En cuanto al diagnóstico con coágulos, en mi colección radiológica de estudio intrahemorrágico, poseo solamente una confirmada en el acto operatorio, con grandes coágulos en el estómago y duodeno y las imágenes son muy diferentes, no son de bordes tan nítidos ni redondeados.

Con respecto al otro negativo, solamente puede decirse que hay una alteración de los pliegues del antro, que están muy alterados, y que se apartan de la imagen normal, pues en esta zona los pliegues son paralelos y no anastomosados en forma irregular.

La irregularidad de los pliegues del antro, la antritis desde el punto de vista radiológico, muchas veces acompaña a lesiones gástricas ya de ese lugar o de lesiones alejadas, por ejemplo de la parte alta de pequeña curvatura y otras veces también existe una antritis secundaria a una lesión duodenal. Lo lógico es en todos estos casos completar el estudio con un examen de relieve interno y examen con repleción y las tomas con distintos clisés en varias posiciones, y así poder llegar de un modo más certero al diagnóstico de la lesión gástrica.

Dr. Miqueo. — Me parece sumamente interesante la documentada comunicación de los Dres. Ardao y Aguilar.

No tengo experiencia con adenomas gástricos, de los cuales presentan dos casos; lo que me parece que es absolutamente excepcional.

El caso a que se refiere el Dr. Zerboni de poliposis gástrica es un enfermo mío que tenía ciertas diferencias con el que presenta el Dr. Ardao, porque la poliposis gástrica que presenta el Dr. Ardao está localizada al cuerpo y fundus, mientras que en el caso mío estaba localizada al antro pilórico donde es más frecuente, según tengo entendido. Muy a menudo se produce un síndrome de oclusión pilórica intermitente por un pólipo pediculado a pedículo largo que se insinúa en el píloro.

Ese enfermo fué estudiado por el Dr. Zerboni en el Maciel y por el Dr. Gorlero en el Italiano, y fué gastrectomizado.

Voy a hacer notar también que: 1º) el modo de comienzo del caso que presenta el Dr. Ardao de hemorragia brusca casi fulminante es un modo de comienzo muy frecuente en los tumores benignos del estómago y evidentemente en los dos casos la conducta a seguir es la que siguió en estos casos. El peligro existe no sólo por la hemorragia sino por la posibilidad de una transformación neoplásica.

Me permito felicitar sinceramente a los Dres. Ardao y Aguilar.

Dr. Stajano. — Creo que la Sociedad tiene que agradecer al Dr. Ardao su presentación tan interesante, que tiene interés anatómico extraordinario, puesto que muestra una adenomatosis gástrica, una circumscripción y otra difusa.

Una característica que es muy de destacar es la topografía de la lesión en el primer caso; el antro está íntegramente sano y el límite es neto, con la zona glandular enferma.

El otro caso es de adenomatosis difusa que es el mismo proceso epitelial, pero dispuesto en una forma diferente. Bajo el punto de vista clínico, es difícil hacer el diagnóstico y se presta a muchos errores de diagnóstico, que las técnicas radiológicas de hoy permiten evitar.

Tiene interés además del punto de vista de la Patología, en un sector aún oscuro; y por eso tiene un valor extraordinario.

En cuanto a lo que dice el Prof. Prat no creo que estos procesos que hemos visto, puedan confundirse con los tumores del tipo Schwannoma que son de la muscular y las lesiones de la mucosa son prácticamente nulas, son ulceraciones por desgaste, por usura que determinan a veces grandes hemorragias, constituyendo todo la sintomatología clínica.

Distinto a esto es la lesión mucosa con síndromes dispépticos. Sintomatológicamente es evidente la diferencia. Creo que es una comunicación muy interesante y corresponde agradecer este aporte a la Sociedad.

Dr. Ardao. — Quiero contestar por su orden. En primer lugar, al Dr. Zerboni y agradecerle la colaboración que él ha prestado en la interpretación de las radiografías. El informe de la sospecha, en el primer caso de restos alimenticios, procede del radiólogo a pesar de que yo estaba convencido que tenía un tumor de estómago. Cuando se repitió la radiología, se confirmó el diagnóstico y esta enferma fué operada con diagnóstico de poliposis gástrica.

En cuanto a lo que dijo el Dr. Miqueo le agradezco el comentario. También estamos de acuerdo en lo que él ha señalado. La sospecha o la evidencia de la transformación maligna solamente puede hacerse histológicamente. Los pólipos adenomatosos del estómago, también es sabido sufren la cancerización múltiple primitiva en alto porcentaje. Hace un tiempo en la Sociedad de Anatomía Patológica se presentó una observación auténtica en un caso de autopsia del Hospital Maciel donde coexistían tres cánceres epiteliales independientes en una poliposis gastro-intestinal. Epitelioma primitivo de estómago de tipo mucinoso, de carcinoma de estómago y además epitelioma de sigmoide, con metástasis peritoneales. Esa observación fué presentada documentada por el Dr. Ruben Ardao y creo que procede de un enfermo del Dr. Bermúdez, no estoy seguro. De modo que la cancerización de estos tumores siendo evidente no se debe admitir su benignidad hasta hacer el estudio histológico.

En cuanto a lo que dice el Dr. Prat, estoy de acuerdo. Pero esto que presentamos no es un schwannoma. En 1945 conjuntamente con el Dr. Prat trajimos una observación de Schwannoma y es un tumor completamente distinto del punto de vista histológico. Esto es otra cosa; esto es un adenoma.

(Se describe el tumor con proyecciones).

Al Dr. Mourigán le hemos contestado en esta forma. Estamos de acuerdo que los tumores deben ser diagnosticados benignos histológicamente. El caso del enfermo del Servicio del Profesor Chifflet fué diagnosticado por nosotros tumor benigno por la histología, después de revisar varios preparados, de manera que el anatomo-patólogo debiera hacer el

diagnóstico de estos tumores. En cuanto al estudio de la malignización en el pedículo de implantación no sería tan capital, en el sentir de algunos autores. La inmensa mayoría de los tumores que crecen en la superficie de las cavidades, por ejemplo los papilomas de la vejiga, del útero, en las cavidades de la mucosas de la nariz de los bronquios, etc., el diagnóstico de malignidad se hace estudiando el pie de implantación. Los autores americanos que han estudiado este punto destacan que cuando se malignizan los adenomas poliposos gástricos no se maligniza el pie de inserción sino la superficie.
