

HEMORRAGIA DIGESTIVA GRAVE POR CÁNCER GÁSTRICO. GASTRECTOMIA TOTAL (*)

Dres. Juan Carlos Abó y Julio Mañana

En cirugía de urgencia una de las situaciones de más difícil solución es el de las hemorragias digestivas masivas cuyo origen está en una lesión del sector cardio - esófago - gástrico.

Con respecto a este problema presentamos una observación de una hemorragia digestiva grave por cáncer gástrico yuxta - cardial, que obligó a la realización de una gastrectomía total.

La revisión de la literatura nacional y mundial proporciona algunas observaciones similares a la nuestra.

Boerema relata cinco casos de gastrectomía total intra - hemorrágica, una por úlcera yuxta - cardial, tres en gastrectomizados anteriormente y otra por úlcera esofágica sangrante luego de una operación de Heyrovsky.

Stewart en 110 resecciones gástricas por úlcera péptica masivamente sangrante, refiere tres gastrectomías totales, dos por ulcus indurado sub-cardial y una en un gastrectomizado previamente.

Snyder comunica otro caso de gastrectomía total intra - hemorrágica, sin especificar la causa.

OBSERVACION CLINICA:

J. B. Hospital de Clínicas. Ficha N° 040.527. 73 años, oriental, jubilado. Ingresó por hematemesis y melenas. Doce días antes de su ingreso presenta bruscamente hematemesis y melena de mediana intensidad. Es tratado durante diez días en una clínica privada con transfusiones y régimen blando. Al día siguiente de su alta, nueva melena que se reitera a los dos días; por dicho motivo ingresa al Hospital de Clínicas. En sus antecedentes personales hace 20 años se le diagnostica ulcus gas-

(*) Presentado en la media hora previa del día 24 de julio de 1958.

BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY

tro-duodenal, por lo cual estuvo en tratamiento médico durante seis meses. Luego pasa en perfectas condiciones hasta el episodio actual.

Examen. — Buen estado general, tinte anémico de piel y mucosas. G. R.: 3.650.000. Hb. 70 %. Transfusión diaria de 500 c.c. de sangre.

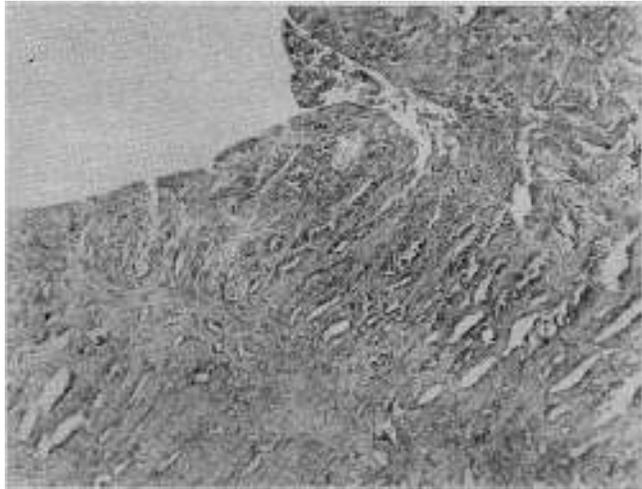


FIG. 1

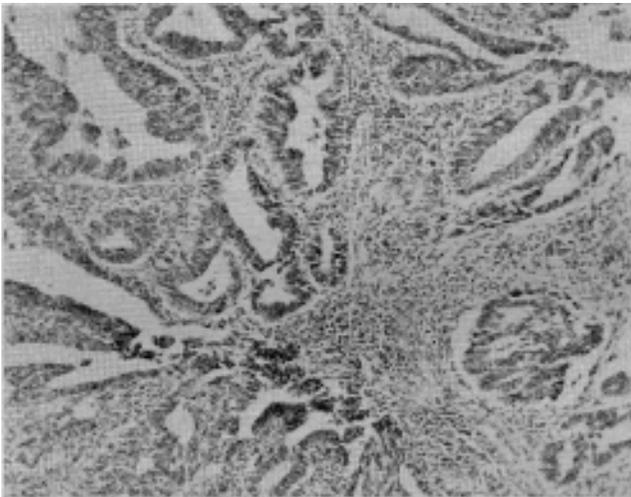


FIG. 2

A los dos días de su ingreso presenta nueva melena y ligera hematemesis con lipotimia fugaz. Transfusión de 1.000 c.c. de sangre. Se realiza en estas condiciones estudio radiológico, cuyo informe fue el siguiente: "Es-tómago normotómico, con buen peristaltismo y evacuación normal. Plie-

gues gruesos en la región de la cúpula gástrica, sin que se aprecien lesiones evidentes. El duodeno no muestra alteraciones". A los cuatro días de su ingreso nuevo estudio radiológico, sin que se aporten nuevos datos con respecto al estudio anterior.

A los cinco días del ingreso vuelve a tener una hematemesis de 500 c.c. aproximadamente. En este momento la presión arterial es de Máx.: 80 mm.,

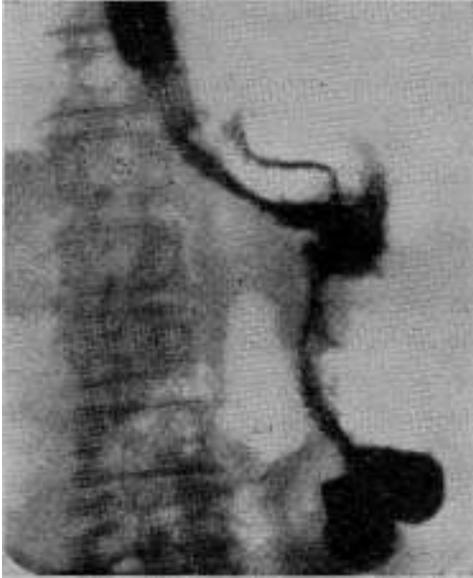


FIG. 3

Mín.: 60 mm.; pulso 100; G. R.: 2.000.000; Hb.: 50 %. Se decide intervenir sin haber podido precisar el origen de la hemorragia.

Operación. — Anestesia general. Incisión mediana supraumbilical con resección del apéndice xifoides en su totalidad. Se comprueba una tumoración en cara anterior de estómago, de unos 5 cms. de diámetro, inmediatamente por debajo del cardias, de crecimiento vegetante hacia la luz gástrica, con los caracteres físicos de un cáncer gástrico. Se realiza gastrectomía total, con anastomosis esófago - yeyunal término - lateral, transmesocólica y yeyuno - yeyunostomía próxima a la anastomosis esófago - yeyunal. Post-operatorio inmediato sin incidentes. Informe anatomo - patológico (Dr. J. F. Cassinelli).

Estómago. — Pieza de gastrectomía total. En la cara anterior de la gruesa tuberosidad, inmediatamente continua al cardias, existe una lesión tumoral, de 5,5 x 4 cms., de bordes gruesos, mamelonados y parte central ulcerada y excavada. Al corte; sustitución de la estructura parietal gástrica por tejido tumoral blanquecino. Microscopia: adeno - carcinoma cilindro - celular primitivo de estómago, extensamente infiltrante de toda

la pared gástrica, alcanzando a colonizar ganglios del plano sub-seroso, con proceso inflamatorio crónico. La muscular aparece retraída hacia la parte central del tumor, úlcero-necrótica. El aspecto topográfico sugiere la posibilidad de que el epiteloma se haya desarrollado sobre el terreno crónico de una úlcera (figs. 1 y 2).

A los dos meses de su evolución post-operatoria presenta un episodio de ardores epigástricos, con pérdida de peso y anemia. Dicha sintomatología fue controlada por cambio del régimen dietético, extracto hepático y vitaminoterapia. A los tres meses el estudio radiológico (fig. 3) demuestra un buen funcionamiento de la neo-boca. El examen copro-funcional no muestra ninguna anormalidad. A los seis meses de operado el paciente se encuentra bien, habiendo aumentado dos kilos de peso.

COMENTARIOS

La situación topográfica de la lesión neoplásica de nuestro caso, la ausencia de metástasis viscerales, de adenopatías visibles y unido a ello las condiciones anatomo-quirúrgicas favorables; enfermo muy delgado, de base de tórax ancha y lóbulo izquierdo de hígado pequeño, nos decidieron a la realización de una gastrectomía total en estas condiciones.

Las ligaduras vasculares del sector gastro-esófago-tubercular, preconizada por algunos autores, fue desechada por tratarse de un neoplasma que podía ser extirpado.

Comprendemos los riesgos de la intervención realizada, pero frente a un caso como el que hemos presentado, nuestra actitud y decisión quirúrgica adoptadas pueden sintetizarse en el pensamiento de Nachlas expresado a propósito de las resecciones de intestino delgado por infarto mesentérico: "Para estos casos desesperados, el problema no radica en saber cual es la mortalidad del acto quirúrgico realizado, sino saber si la solución quirúrgica tomada es capaz de salvar alguna vida".

RESUMEN

Se presenta un caso de hemorragia digestiva grave por cáncer gástrico yuxta-cardial en un enfermo de 73 años que requirió para su solución la realización de una gastrectomía total. La evolución post-operatoria fue enteramente satisfactoria.

BIBLIOGRAFIA

- 1) ATIK, M. and SIMEONE, F. A. — Massive Gastrointestinal Bleeding. Arch. Surg. 69: 355, 1954.
- 2) BOEREMA, I. — Traitement Chirurgical des hemorrhagies digestives aigües. Acta Chirurgica Belga. 54: 476. 1955.
- 3) SNYDER, H. E. — Citado por Atik.
- 4) STEWART, I. D., SANDERSON, G. M. and WILES, C. E. — Reemplazo sanguíneo y resección gástrica por úlcera péptica masivamente sangrante. Anales de Cirugía. 11: 206. 1952.