

SOBREVIDA DE 32 AÑOS EN UN CASO DE CANCER DE ESTOMAGO (*)

Dr. Juan C. del Campo

Está de moda el pesimismo en la apreciación de los resultados de la cirugía en el cancer llegándose hasta afirmaciones como ésta de J. C. Lees y T. W. Lees "No hay suficiente evidencia para el dogma que la excisión del tumor primario a veces impide la difusión metastásica distante".

No sería de importancia si solo fuera un motivo de acompañamiento para que siempre se tuviera presente la seriedad de la situación y si no incidiera en el tratamiento.

Hablando de cancer de estómago, Marshall y Adamson lo señalan al lado del retardo del diagnóstico y de los titubeos del paciente como causa de la entrega tardía del enfermo al cirujano.

Una de las formas del pesimismo lleva a dudar de la curabilidad definitiva del cáncer por la cirugía poniendo la curación a cargo del cancer mismo, modalidades de poca invasividad, regresiones espontáneas o períodos de reposo.

De allí la conclusión de que se debe ser muy parco para hablar de curación ya que el núcleo olvidado puede entrar en actividad en cualquier momento y cualquiera sea el número de años.

Es con el fin de mostrar un caso que sobreviviendo 32 años a una gastrectomía por cancer ha sobrepasado los plazos habituales exigidos en cirugía cancerológica que hago esta comunicación.

Este caso fue presentado ya en 1954 y si lo traigo de nuevo es por haber pasado seis años más por una parte y por otra por no haber sido publicado la vez anterior.

Es indudable que las técnicas quirúrgicas de fines del siglo

(*) Trabajo presentado en la Sociedad de Cirugía el día 7 de setiembre de 1960.

pasado y principios de este siglo no ofrecían al canceroso gástrico ninguna probabilidad de cura definitiva, siendo gravadas además de una excesiva mortalidad operatoria.

Se consideraba como caso de éxito aquel que sobrevivía 2 años.

En 1914 Fridenwald señala sobre 1000 casos 266 exploraciones, 9 resecciones con éxito y 1 solo paciente sobreviviendo 1 1/2 año.

Para Pack y Ariel, mientras que hasta 1940 la mortalidad operatoria era aproximadamente de 50 %, actualmente, la mortalidad operatoria varía de 1 a 5 %, la reseccabilidad llega de 70

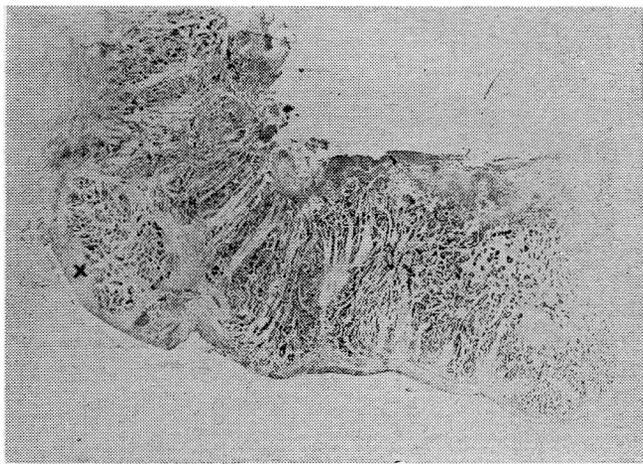


Fig. 1. — Vista topográfica de un sector de la úlcera, mostrando la extensa infiltración tumoral, que se propaga desde la superficie ulcerada, hasta la superficie serosa; obsérvese la propagación del epiteloma hasta las zonas de adherencias organizadas, como la señalada con una cruz. Destrucción total de la muscular.

a 80% y la probabilidad de cura de 10 a 20% (probabilidad absoluta, sobre la totalidad de los casos).

Este último dicho entendiendo como lo indicaba Walters, Gray y Priestley en 1949 que los gastrectomizados por cancer que llegan bien a los 5 años tienen las mismas probabilidades de morir que los que no han sido resecados de un estómago canceroso.

El plazo de 2 años se extiende a 5 y este tiende a extenderse actualmente a 10.

Sobrevidas de más de 10 años cuando están acompañados de un buen patrón de vida son siempre de importancia, dada la edad de los enfermos. La cirugía del cancer es en general un capítulo de la cirugía geriátrica.

Las sobrevidas de más de 10 años aparecen o en estadísticas de grandes centros o como relatos aislados.

En la Clínica de Mayo, Walter, Gray y Priestley en 1942 encuentran un 20,4% de sobrevida después de 10 años y un 6,3% después de 25 (19 en 303) descontada una mortalidad operatoria de 16,2%.

En 1945 Pack señala 2 casos de 20 años de cura, uno de ellos en que el paciente tiene 80 años de edad y 22 años de opera-

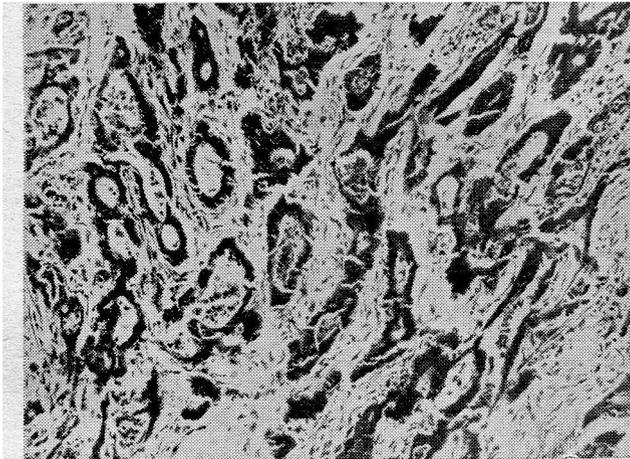


Fig. 2. — Detalle a mayor aumento de una zona de adenocarcinoma de células cilíndricas oscuras, con estroma fibroso.

ción. Había sido intervenido 2 meses antes por un cirujano que consideró que el riesgo operatorio era más de tener en cuenta que la posibilidad de éxito y le hizo una gastroenterostomía.

Desarrollando el tema "sobrevida larga en cánceres" Lloyd F. Craver y John A. Finkbeiner, no señala ninguno de cancer de estómago pero concluye del análisis de sus 14 casos que "no se hubieran conseguido los resultados si se hubiera impedido una terapéutica activa o si hubiera prevalecido una actitud de derrotismo".

Y en caso con invasión de páncreas (más cercano al nuestro) Marshall y Adamson señalan 1 paciente de 19 que vivió más de 4 años y 1 que vivió más de 10 años.

No nos referimos a sobrevidas en casos de gastrectomía total que forman un capítulo aparte.

Cualquiera que sea la insignificancia social que pueda tener un caso aislado es indudable que el punto de vista personal no es despreciable ni para el paciente que beneficia de él, ni para el cirujano que intervino ni para los demás cirujanos como caso de esperanza.

Pero hay algo más — la suma de los casos personales— que porcentualmente puede ser poco llamativa, puede ser una suma importante.

Si hablar del tanto por ciento cuando el número de casos tratados es de 10 o 20 es discutible, cuando el número de casos es de miles lo es también y puede disminuir su importancia real.

No me privo del placer de mostrar el escamoteo estadístico hecho por Ian Mac Donald en el problema del cancer de estómago.

Dice, contestando apreciaciones optimistas.

“Una mejor perspectiva así como un más acertado índice de la inexorable biología del cancer gástrico es obtenida comparando dos eras ampliamente separadas en la cirugía americana. La primera amplia serie de casos es la relatada por W. C. Mayo para los años 1879 - 1919, durante los cuales 2094 operaciones fueron hechas por cancer gástrico, de los cuales 736 (35%) fueron resecciones. Cifras comparables para estas resecciones subtotales y el mismo procedimiento hecho por Pack y su grupo de 1942 a 1946, 35 años más tarde, cuando 39,8% de todos los casos fueron reseccables son: Mortalidad por resección Mayo 13,7%, y Pack 9,8%; porcentaje de cura neta de 5 años, Mayo 25% y Pack 35%. El progreso neto de 35 años es así 4% de decrecimiento en la mortalidad de resección y un 10% de ganancia en los sobrevivientes de 5 años de resección”.

Aún suponiéndose que todos los adelantos en el tratamiento del cancer de estómago desde 1919 a 1950 puedan ser reducidos a porcentajes y aún suponiendo que el material trabajado por Mayo y por Pack sea el mismo, señalamos que el autor escamotea en su estadística el punto de partida, y no da las cifras finales.

Si los 2.094 pacientes de Mayo de 1919 fueran tratados hoy,

se encontraría con que en lugar de 736 resecados (35%) habría 831 (39,8%).

Y en lugar de 194 sobrevivientes de 5 años (25%) habría 285 (35%), lo que quiere decir aplicando la aritmética que 91 pacientes más estarían vivos a los 5 años, lo que relacionado a los 194 representa un 46 a un 47% más, muy lejos del supuesto 4% y 10%.

He aquí el caso (historia resumida).

G. R. de H., 57 años, consulta en febrero de 1928, por diarrea y gorgoteos intestinales datando de 6 meses, y un adelgazamiento de 10 kilos. Habiéndole comprobado el médico tratante la existencia de un tumor abdominal la envía para su tratamiento.

Presenta a derecha y por arriba del ombligo un tumor alargado, cilíndrico irregular, duro, inmóvil en los movimientos respiratorios y no pudiendo ser desplazado manualmente.

El examen radiológico comprueba la existencia de un estómago ptosado y en estenosis, habiendo en el canal pilórico una región que no se precisa bien y que corresponde a la tumefacción palpable.

Intervención: 8 de mayo de 1928. Dr. del Campo, Dr. Echevarría. Anestesia eter.

Laparotomía mediana supraumbilical. Se comprueba tumor gástrico, duro, irregular, por sitios nodular, ocupando la región yuxtapilórica y comprendiendo la cara anterior, en parte, y sobre todo la posterior donde adhiere al páncreas. Se comprueban 3 a 4 ganglios pequeños, suculentos, blandos. Gastrectomía, seccionando primero el duodeno, luego el estómago previo decolamiento coloepilóico y concluyendo por la liberación del tumor; al hacer ésta queda una zona de unos 2 cm de ancho adherida al páncreas que está netamente indurado a ese nivel. Se extirpa a bisturí esa zona con una pequeña parte de tejido pancreático. Hemostasis de esa zona excindida con termo cauterio.

Cierre de la parte superior de la brecha gástrica y anastomosis termino-terminal (gastroduodenostomía Billroth I) catgut, lino.

Cierre de la brecha gastrocólica. Cierre de la herida, catgut 3 kilos de plata, crin.

Examen de la pieza: El aspecto exterior de la pieza hace pensar en neoplasma. Los ganglios parecen inflamatorios. Seccionando el estómago se comprueba una ulceración de unos 8 cm. de diámetro, llegando hasta el píloro, asentada en el páncreas y cuyos bordes extremos están apenas separados en la cara anterior por un espacio de $\frac{1}{2}$ cm. El borde, levantado, de 1 cm. es "souple". Solo tiene en las vecindades del píloro una zona indurada, más espesa. La zona implantada en el páncreas es dura. No hay ninguna zona friable. Se llega a la conclusión de que es una úlcera callosa. El examen histológico dirá si hay transformación neoplásica.

BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY

Postoperatorio: sin incidentes, alta a los 15 días.

Examen histológico: Se trata de una úlcera crónica neoplásica.

Toda la zona ulcerada es neoplásica. En la zona implantada en el páncreas no se ve infiltración neoplásica. El ganglio es inflamatorio.

E. Lasnier. Hospital Maciel. Inf. 12.504.

Hemos seguido a esta enferma hasta hace unos 2 meses, no habiendo acusado nunca ningún malestar gástrico, habiendo tenido que ser tratada por hipertensión arterial y operada de cataratas.

Hace dos meses obtenemos por el Servicio Social del Hospital de Clínicas el informe de que se encuentra bien aunque sufriendo los achaques propios de la vejez, 89 años y acaba de perder a su marido.

Agrego que no me es posible presentar la última placa de estómago sacada en el Hospital de Clínicas, porque considerado como estómago normal cayó en una limpieza.

H. Maciel N° 12.574 (?).

Caso de Úlcera gástrica con infiltración epiteliomatosa (adenocarcinoma de células cilíndricas oscuras), difusa, en toda su extensión y profundidad, sin invasión de los ganglios.