

(Trabajo de la Clínica Quirúrgica del Prof. del Campo)

ULCERAS CANCERIZADAS Y CANCER SUPERFICIAL DE ESTOMAGO (*)

Dr. Alberto Valls

Vamos a presentar las historias de la Clínica Quirúrgica del Profesor J. C. del Campo, de úlceras cancerizadas y cáncer superficial gástrico tipos de lesiones iniciales, que diagnosticadas y tratadas correctamente, tienen un pronóstico mejor que el resto de los cánceres gástricos.

Hemos usado sobre todo las historias de los enfermos del Hospital de Clínicas, por ser mayor el número de casos, por haberse realizado más gastrectomías y por contar con mayores facilidades para realizar un estudio estadístico por tener un archivo bien organizado. Hemos agregado 4 historias de los Hospitales Pasteur y Maciel y 1 de la clientela particular del Prof. del Campo, que no cuentan en los estudios estadísticos realizados sobre el material de historia del Hospital de Clínicas.

En 6 años, en el Hospital de Clínicas (Marzo de 1954, Marzo 1960) se internaron en el Servicio 7.464 pacientes, de los que 867 son gastroduodenales, entre los que hay 140 cánceres de estómago, 52,33% de los enfermos gástricos y el 1,88% de todos los enfermos ingresados; 125 úlceras gástricas y el resto otras lesiones.

Hemos encontrado 8 úlceras cancerizadas indudables del punto de vista anátomo-patológico y 1 caso de cáncer superficial grado I ulcerado. *Es decir que el 5,7% de los cánceres gástricos nace de la transformación de una úlcera. Y que el 6% de las úlceras gástricas se cancerizan, un porcentaje más de 3 veces mayor que el de la frecuencia del cáncer gástrico sobre el conjunto de enfermos (1,88%).*

(*) Trabajo presentado en la Sociedad de Cirugía el día 30 de noviembre de 1960.

Si sumamos 2 casos dudosos desde el punto de vista anatómico-patológico y 3 casos de cáncer gástrico con antecedentes ulcerosos claros (un operado de úlcera perforada 12 años antes, uno con historia de ulceroso desde joven y 1 con un nicho radiológico de estómago con dispepsia 8 años antes) el porcentaje se eleva al 10%.

Ekström (1) dice que es probable que un cáncer gástrico pueda empezar sobre la base de una úlcera en un número de casos considerablemente mayor que aquellos demostrados anatómicamente.

Presentamos pues las historias de 10 úlceras cancerizadas (8 del Hospital de Clínicas, 1 del Hospital Pasteur y 1 del Hospital Maciel), y de 4 cánceres superficiales (1 del Hospital Pasteur, 1 del Hospital Maciel, 1 del H. de Clínicas y 1 de la clientela particular del Prof. del Campo).

1º *Edad.* — Todos los enfermos tienen edades que oscilan entre 50 y 70 años, con un máximo (4 en 8 entre 50 y 55 años y 6 en 8 entre 50 y 60 años. Si lo relacionamos a los pacientes ulcerosos entre 50 y 70 años, 68, de para esas dos décadas una cancerización de 13,23% y para el lustro de 50 a 55 años un 18,18%. *Es decir que para ese lustro una úlcera de cada cinco está cancerizada.*

En las estadísticas de Ekström, Marchall (2) y de Gutmann (3) y Lampert (4) figuran casos desde los 25 años, pero menor número; *pero lo importante es que no figuran en nuestra estadística casos por encima de 70 años, habiendo 16 úlceras gástricas tratadas.* En las estadísticas de Ekström (16 casos) y en la de Gutmann no figuran transformaciones por encima de los 70 años y en los 65 casos de Marchall hay 1 solo por encima de esa edad, y en la de Lampert, de la Clínica Mayo hay 1 de 73 años. *Este dato puede ser tomado en cuenta en la extensión de la terapéutica quirúrgica en una edad donde los riesgos son mayores.*

2º *Sexo.* — Hay 7 hombres y una mujer, la misma relación encontrada por Lampert en la Clínica Mayo.

3º *Tiempo de sufrimiento.* — Un caso (23.773) sufrió 33 años, 3 casos entre 4 y 7 años, 2 casos 1 año, 2 casos 3 o 4 meses. Los casos de largo tiempo de evolución hacen pensar en la existencia de una lesión anterior. Los 4 casos de iniciación re-

ciente de sufrimiento hacen pensar a esa edad, 50 años en la posibilidad de neoplasma, lo mismo que el caso D. F. del H. Pasteur.

4º *Dispepsia.* — Todos tenían dispepsia. 5 casos (011.514, 30.054, 23.773, 50.240, 98.216) tienen una dispepsia de tipo ulceroso con ardores que calman con alcalinos y de evolución cíclica. De estos, 4 sufren de largo tiempo, entre 33 a 4 años, 1 (98.216) desde hace 1 año.

Los enfermos de poco tiempo de evolución tuvieron una dispepsia de tipo más irregular, salvo el caso anterior; molestias de tipo pesadez 2 que calman con leche, 1 con ardores altos (60.173) que calman con leche. *Dispepsia de tipo irregular y comienzo reciente son dos elementos sospechosos.*

Todos tenían dolor en epigastrio, igual que muchos ulcerosos, el 60.173 con irradiación lumbar, que denunciaba la localización posterior alta que tenía y hace pensar en la exteriorización del proceso (elemento de gravedad) pero que puede ser debida a la congestión perilesional (48.620) que explica los dolores irradiados en cintura de ese caso que evolucionó bien.

5º *Perforación.* — Tiene un caso en sus antecedentes 5 años antes (30.054) una úlcera ya cancerizada puede perforarse o hacerse penetrante (D.R.)

6º *Hemorragias digestivas.* — Tres de los 8 enfermos tienen hemorragias digestivas; 1 manifestada por melenas que acompañan a un síndrome de estenosis pilórica (50.240), dos (60.773 y 3885) hemorragias agudas importantes con hematemesis, melenas y anemia aguda.

7º *Cambio de sufrimiento.* — Que se hace continuo y se intensifica de poco tiempo antes, tiene 3 de los 4 enfermos de larga evolución. En el 50.240 bajo la forma de un síndrome de estenosis pilórica de un mes; un caso (30.054) siguió sufriendo igual y otro (98.216) mejoró con el tratamiento médico que abandonó y vuelve a sufrir. Este caso parecía a Rayos X una úlcera de duodeno sin lesiones gástricas.

Entre los cambios de sufrimiento (3 casos) y los 3 casos de iniciación reciente después de los 50 años, se podría sospechar un neoplasma en 6 de los 8 enfermos. Pero una persona puede seguir sufriendo igual o mejorar con el tratamiento y tener una úlcera cancerizada.

8° *El examen local* no dio nada e nningún caso.

9° *Repercusión general.* — En 4 (11514, 30.054, 50.240, 60.173) hubo pérdida de peso, en 1 no determinada (11.514) 1 bajó de 130 a 70 kilos (50.240), 1 bajó 8 kilos (30.054) otro 15 kilos (60.173). La pérdida de peso no está en relación con la extensión de la lesión neoplásica; la primera enferma se encuentra bien y su pérdida de peso puede estar vinculada en parte a la estenosis pilórica, en el enfermo 60.173 que perdió 15 kilos evolucionó mal. El pronóstico está condicionado al momento evolutivo anatómico de las lesiones.

10° *Anorexia.* — Solo en 2 enfermos apareció anorexia (3885 y 98.216) motivo por el cual se pensó en neoplasma en el primero.

11° *Anemia.* — Tuvieron una anemia de 3.420.000 el 50.240, 3.980.000 con Hb 80% el 89.216 muy moderada, y los 2 enfermos que tuvieron hemorragia con anemia aguda (60173 y 3885).

En total tenían anemia 4 sobre 8, pero con anemia crónica 2 en 8 y una de las cuales era muy moderada. La anemia es de poco valor y poco frecuente en estas lesiones iniciales.

12° *El tubaje gástrico.* — Tres tenían hiperclorhidria (11.514, 98.216, 3885), uno, normoclorhidria (50.240) y 3, hipoclorhidria (30.054, 23.773 y 60.173); en 1 no se hizo tubaje (48.620). Esto demuestra el poco valor de este dato para diagnóstico.

En conjunto por la Clínica se ha pensado en la posibilidad de neoplasma en 6 casos sobre 8 enfermos.

13° *La radiología.* — El papel de la radiología es muy importante en el diagnóstico del tipo de lesión gástrica y de su topografía. Sobre los 8 casos, en 7 diagnosticó la presencia una lesión; una vez (60.173) no la diagnosticó, lesión yuxtacardial extensa tampoco vista a la gastroscopía.

En un caso (98.216) se erró en la topografía. Se pensó en úlcus duodenal por signos indirectos (convergencia de pliegues) que se explica por un úlcus yuxtapilórico que provocaba los signos duodenales.

Cuatro veces se vio imagen de nicho (11.514, 23773, 48.643, 3885). En el caso 23.773 es grande, en los otros 3, no se puede sospechar el neoplasma salvo por la topografía. Entre ellos el

48.620 tiene 2 úlceras, 1 en el ángulo y otra en la porción vertical. Esto demuestra que la existencia de más de un nicho, aunque uno sea duodenal, no está en contra de la cancerización. Lampert en la Clínica Mayo encuentra esa asociación en 18 casos (21,9%).

Tiene importancia el estudio seriado radiológico, con control de tratamiento de prueba de 15 días, como destaca Gutmann. Si hay mejoría clínica y radiológica el autor descarta el neoplasma (lo que no siempre es verdad). Le da particular valor a la persistencia de la imagen patológica, sobre todo si se acompaña de mejoría clínica, como en el caso de R.F. del Hospital Maciel que sufrió 7 años por empujes y primero no se veían imágenes anormales gástricas y finalmente una imagen de nicho y de pequeña curva, rebelde a todo tratamiento, lo que es un signo de alarma.

En 4 casos hay convergencia de pliegues, que es testimonio de la lesión esclerosa sin projuzgar sobre la existencia de cancerización.

Por su aspecto la radiología permitió pensar en el neoplasma por verse una estrechez orgánica de antro en el 50.240 y en un examen ulterior en el 98.216.

Es lógico que en estas lesiones iniciales, que mismo vistas por el cirujano y por el anatomopatólogo, con la pieza en la mano tienen dificultad en llegar al diagnóstico, la radiología ponga en evidencia modificaciones de formas anatómicas; pero la topografía lesional puede llevar a pensar en la posibilidad del neoplasma, lo mismo que la persistencia y resistencia de las imágenes al tratamiento médico de prueba.

Topografía lesional.

Había 1 úlcera transformada yuxta cardial sobre 2; 1 de parte vertical de pequeña curva sobre 64 (1,5%, poca frecuencia de cancerización en la parte vertical de la pequeña curva); 5 en 22 úlceras del ángulo, 22,7%, de modo que 1 de cada 4 o 5 úlceras del pliegue angular se canceriza; 2 de porción horizontal pilórica sobre 29, 6,89%.

Se ve aún en esta corta estadística que la inmensa mayoría de las úlceras que se cancerizan están en el ángulo y la por-

cion horizontal pilórica del estómago y que es muy rara la cancerización de la porción vertical.

Teniendo en cuenta los datos clínicos y radiológicos se hace el diagnóstico. Sobre las 125 úlceras gástricas vistas en la Clínica en 6 años *15 veces se sospechó el neoplasma y 9 veces ese diagnóstico no se confirmó, 6 veces la sospecha fue confirmada por la anatomía patológica y 3 veces en que no se pensó, había neoplasma* (2 úlceras cancerizadas y 1 caso dudoso de cáncer superficial ulcerado o úlcera cancerizada).

Estos hechos ponen de manifiesto que el cirujano debe actuar frente a las úlceras gástricas pensando que siempre puede haber un neoplasma.

Se podría hacer un retaceo en los enfermos de más de 70 años, con resgos mayores, sobre todo si tienen ulcus de la parte vertical.

CANCER SUPERFICIAL

Edad. En estos 4 casos hay 2 enfermos de 37 a 38 años y 2 de 46 a 47. *Tiempo de sufrimiento.* Desde 6 años el segundo (86.706), 5 el tercero (R. F. H. Maciel), 3 el primero (S. L. H. Pasteur), 2 el cuarto (2019 Prof. del Campo). Si admitimos el cancer de entrada, éste debe tener una etapa de evolución muy lenta, como sostenía Mallory.

Dispepsia. En 2 es de tipo ulceroso, 2 de tipo indeterminado en uno de ellos acompañado de una litiasis vesicular encontrada radiológicamente y con cuadro febril que podría haber desviado la atención del gastroduodeno.

Hematemesis. Hubo en 2 casos (R. F.) y 86.706) sobre los 4 y permite fijar la atención hacia el gastroduodeno en ausencia de otro signo.

Cambio de sufrimiento. Sufrimiento que se hace continuo datando 1 año hay en 2 casos, en 1 se pensó en úlcera duodenal exteriorizada por la radiología. En 2 los empujes de sufrimiento dispéptico son más intensos, en 1 acompañado de hematemesis.

En conjunto sobre los 4 enfermos en 3 pensó clínicamente en la posibilidad de neoplasma; en 1 se pensó en úlcera duodenal. De los 3 enfermos, 1 tenía una lesión concomitante de vía biliar (2019 part. Prof. del Campo), a la que se podía atribuir todo el sufrimiento.

La radiología fue en general de gran valor. En el primer caso (S. L.) mostró una irregularidad del antro pilórico, que no permite precisar lesión. Esos aspectos que se mantienen, llevan a pensar en neoplasma (Gutmann). En el segundo caso (86.706) mostró una deformación de duodeno, con pliegues convergentes sin lesión gástrica. Cada vez que no se vea una imagen directa de nicho duodenal hay que pensar que la deformación duodenal puede ser originada en una lesión gástrica.

En el tercer caso, (R. F.) hay una imagen sospechosa de nicho, que se precisa en estudios ulteriores y se mantiene. Esa resistencia al tratamiento debe hacer pensar en neoplasma.

En el cuarto caso (2019) se ve una litiasis vesicular y un año antes un nicho de la porción horizontal, zona sospechosa; imagen que en exploraciones sucesivas no persiste, pero es sustituida por modificaciones de la pequeña curva en la parte horizontal, con una banda clara separando una zona laminar de bario.

En conjunto sobre los 4 casos, la radiología junto con la clínica, permitió pensar en neoplasma en 3 enfermos. En 1 caso hizo diagnóstico de lesión, pero erró la topografía y la naturaleza de la lesión.

EL ACTO OPERATORIO

Una vez decidida la operación, nos preguntamos si el aspecto macroscópico de la lesión puede permitir hacer el diagnóstico y decidir sobre alcance de aquella.

En las úlceras. En 2 casos (011.514 y 60.173) el diagnóstico era evidente desde afuera; el primero, con nódulos serosos, y el segundo lesión invasora yuxta-cardial y en los casos (D. F.) y (F. F.). Dos veces se pensó en neoplasma, una por la dureza de la lesión (50.240), una al corte (30.054) no permite decidir.

En los 4 casos restantes no se hizo diagnóstico motivo por el cual el cirujano debe pensar siempre en esa posibilidad.

Un caso evidente (F. F.) tenía una úlcera penetrante en páncreas, con elementos neoplásicos en él.

Tamaño de las úlceras. 5 de los enfermos, 2 cms. (011.514, 30.054, 48.620, 98.216 y 3885); 1, 1 cm. (23.773); 1, 3 cms.

50.240); 1, 5,5 cms. (60.173). La mayoría no son de gran tamaño. •

Adenopatías secundarias. Sobre 14 solo hay en 2 (60.173 y D. C.), el último con cadena de coronaria estomáquica tomada hasta cerca del cardias. Corresponde al porcentaje presentado por Dockerty (6) de 1,4%.

Cáncer superficial. En uno no se pensó en neoplasma (86706) lo mismo que el anatomopatólogo que pensó en úlcera. En (uno (S. L.) hay un aspecto aparentemente ulceroso superficial, extenso, irregular, de 5 x 3. No se hizo diagnóstico al firme, corresponde a un cáncer mucocerosivo de Gutmann grado 1.

El tercero (D. E.), tiene una extensa ulceración superficial, muy común en los cánceres superficiales.

El cuarto (2019) tiene espesamiento de pliegues y una úlcera pequeña de la parte horizontal que permite pensar en neoplasma, es un grado II. Pudo haber pasado desapercibido con una incisión abdominal no apropiada y si no se hace una gastrotomía.

Los aspectos ulcerativos superficiales con pliegues espesados o con aplanamiento de una zona de mucosa, delimitada por pliegues que terminan en forma abrupta en esta zona deben hacer pensar en neoplasma superficial. Estos aspectos sólo se pueden apreciar a la gastrotomía, maniobra que se debe prodigar.

De modo que el cirujano en el acto operatorio debe hacer una exploración de orden diagnóstico. En estos enfermos en primer lugar no se aprecian lesiones hepáticas o linfáticas evidentes (salvo 2 en 14) en general.

En segundo lugar el aspecto del estómago solo en 4 casos permitió hacer el diagnóstico al firme. En tercer lugar la gastrotomía puede mostrar aspectos sospechosos. Por último el corte de la lesión puede llevar a pensar en su naturaleza pero hay ulceraciones que macroscópicamente y al corte no llevan a pensar en neoplasma.

Anatomía patológica macroscópica.

Todas las veces que el cirujano no pensó en la posibilidad del neoplasma, el anatomo-patólogo tampoco hizo ese diagnóstico, con la pieza en la mano y aún al corte, como en los casos 38.851 y 86.706 diagnosticados como úlceras pépticas crónicas.

En los cánceres superficiales los aspectos macroscópicos llevan a pensar al cirujano y al anatómo-patólogo en la posibilidad de cáncer. Corresponde a una nueva anatomía patológica que es necesario conocer. Ulceraciones superficiales extensas (86.706, R. F. y Hist. 2019 del Prof. del Campo) de la mucosa cancerizada o zonas aplanadas aparentemente ulcerosas, delimitadas por interrupción brusca de pliegues en un área redondeada (S. L.) y con pliegues gruesos (2019).

— *Anatomía patológica microscópica.*

6 de los enfermos, 4 del Hospital de Clínicas (3054, 23773, 50240, y 3385), (S. L. y D. F.) tienen invasión de la mucosa sólo, grado I.

4 (48620, 98216, 86706) y (H. 2019) tienen invasión submucosa, grado II.

1 (11514) tiene la pared tomada hasta la serosa, grado III.

3 (60173) (F. F. del H. Maciel) y (D. C. H. Pasteur) con ganglios y exteriorización de las tunicas gástricas.

De los 9 enfermos del H. de Clínicas murieron 2, el 011514, grado III a lo que se suma la topografía pilórica de mayor gravedad por la conexión linfática con el pedículo hepático, y el 60173 con invasión masiva, infiltrando esófago y con adenopatías. Ambos con hígado secundario.

Los otros enfermos (grados I y II) están vivos.

1 (S. L.) a los 10 años de operado.

3 (30054, 23773, 3885) a los 4 años de operados.

2 (50240, 48.620) a los 3 años de operados.

1 (R. F. H. Maciel) a los 2 años de operados.

3 (98216, 86706) y (2019) desde 4 a 9 meses de operados.

De los 2 restantes no tenemos datos. (2 eran grado III).

Es de destacar el paralelismo entre la evolución clínica y el grado de invasión anatómo-patológica.

En la Clínica Mayo, Lampert sobre 70 operados, encuentra una sobrevida de 43% a los 5 años.

BIBLIOGRAFIA

1. EKSTROM, Tore "On the Development of cancer in gastriulcer and ulcer symptoms in gastric cancer. Acta Chir. Scad. T. 102 - 1952 53. Pág. 387.

BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY

2. MARCHALL, Samuel F. — “Relación de la úlcera gástrica con el carcinoma de estómago”. Boston, Massa. Sección de Cirugía de Clínica Lahey. An. de Cir. Vol. 12 Jun. 1953. Pág. 1051.
3. GUTMANN, René A., BERTRAND, Iván, PERISTIANY, Th. J. — “Le cancer de l'estomac au Début”. G. Doin. París 1939.
4. LAMPERT, Elmer Grham, WAUGH, John and DOCKERTY, Malcom B. — “The incidence of malignancy in gastric ulcers Believed Preoperatively to be Bening”. Sug. Gin. And. Obst. Vol. 91 N° 6, 1950: 673.
5. MALLORY, Tracy B. — “Carcinoma in situ of the estomach and its bearing en the histogenesis of malignant ulcers”. Arch. of Path. Vol. 30 - 1940:, 348.
6. DOCKERTY, Malcom B. — “Pathologic aspects of carcinoma of the stomach”. Collected papers of the Mayo Clinic and the Mayo Fondation. Vol. XLIV 1952: 10.