

HEMORRAGIA GASTRICA POR CANCER (*)

Esófago - gastrectomía superior de urgencia

Dr. J. P. Otero

Leles Da Silva Núñez, Raymundo, Edad 65 años, Domicilio: Lima 1640, Fecha de ingreso: 6 - 1 - 60, Fecha de alta: 26 - 1 - 60, Diagnóstico: NEOPLASMA GASTRICO.

HISTORIA DE SERVICIO DE EMERGENCIA

Enfermo de 65 años con antecedentes de dispepsia selectiva para tucos, grasas, desde hace 5 años. Con sensación de distensión abdominal. Estudiado en Quirúrgica "B" por el Dr. Barreneche no encontrándose ulcus. Desde hace 4 días materias negras (desde hace una semana toma carbón vegetal). Ayer dos vómitos de sangre roja en discreta cantidad. Hoy otro más abundante de sangre roja. Mareos, palpitaciones.

Examen: Lúcido, piel y mucosas muy pálidas. Mareos. P. Art. 9/6.

Abdomen: Blando, depresible, se palpa hígado en la inspiración profunda. Dolor y gorgoteo en F.I.I. a la palpación profunda.

Cardiovascular: Taquicardia: 100 p. m. P. Art. 9/6.

Tacto Rectal: Salen materias negras.

Se prepara para operar.

Exámenes de laboratorio: (6 - 1 - 60).

Hemograma: G. R. 3.100.000 — Hemoglobina: 62 % — Valor globular 1 — G. B. 9.800

FICHA OPERATORIA

Diagnóstico pre-operatorio: Ulcera sangrante.

Operación propuesta: Laparotomía exploradora.

(*) Trabajo presentado en la Sociedad de Cirugía el día 26 de julio de 1961.

Equipo: Dr. J. P. Otero — Pte. Laura Rodríguez.

Fecha: 6 enero 60.

Diagnóstico Operatorio: NEOPLASMA GÁSTRICO.

Operación realizada:

ESOFAGOGASTRECTOMIA CON ESOFAGOGASTRO - ANÁSTOMOSIS
TERMINO - LATERAL.

Incisión paramediana supraumbilical. Se comprueba lesión infiltrante de $\frac{1}{3}$ superior de estómago predominando en parte alta de pequeña curva e invadiendo todo el contorno hasta el esófago, hacia abajo la mitad inferior del estómago parece estar indemne. Se decide hacer una esofagogastrectomía dejando el $\frac{1}{3}$ inferior de estómago para anastomosar al esófago.

Decolamiento colo-epiploico desde el $\frac{1}{3}$ inf. hasta el esófago dejando el bazo. Ligadura de la pilórica, de la coronaria estomáquica sobre el páncreas, disección del esófago y de los dos neumogástricos, exteriorizando así unos 8 cm. de esófago. Sección del estómago en unión $\frac{1}{3}$ inf. a $\frac{2}{3}$ superiores y sección del esófago a unos 3 cm. por encima del cardias. Cierre del cabo gástrico que es friable a la sutura. Anastomosis esófago-gástrica término-lateral anterior en dos planos. Cierre por planos. No se comprueban adenopatías ni metástasis hepáticas.

ESTUDIO DE LA PIEZA

Abierta por la gran curvatura se comprueba que la lesión llega más abajo de lo supuesto y es muy factible de que la sección se haya hecho en tejido patológico. Arriba vecina del esófago está situada en tejido sano.

EVOLUCION POST-OPERATORIA

Evolucionó sin el menor incidente en cuanto se refiere a la resección gástrica. Sin un quinto de fiebre, con pulso normal, sin ningún vómito ni retención ninguna, movilizándolo el intestino en los plazos normales. Tuvo una retención de orina, que fue atendida por el Prof. Pe-reyra, quien no encontró nada de importancia en la próstata y el incidente de retención curó en pocos días mediante sondajes cada 12 horas.

RESUMEN DE ALTA (26 enero 60)

Enfermo de 60 años que ingresó con un cuadro de hematemesis y melenas. Se operó de urgencia comprobándose un neoplasma gástrico sangrante. Se practicó una esófago-gastrectomía y esófago-gastro-anastomosis término-lateral (Dr. Otero). Evolucionó bien. Alta, pasa a Policlínica.

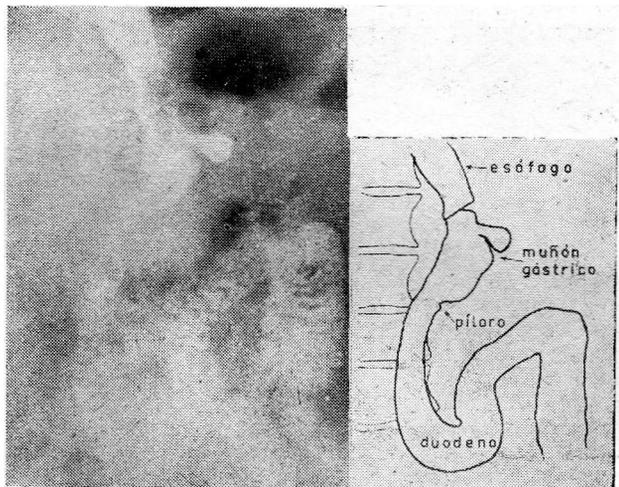
El estudio Anátomo-Patológico mostró un carcinoma gástrico infiltrante difuso. No hay invasión de las zonas de resección.

INFORME DE ANATOMIA PATOLOGICA (Dr. J. F. Casinelli) (9-1-60)

BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY

Segmento gástrico abierto por la gran curva, sin extender ahora fijado en mala posición, con las paredes retraídas resultando difícil orientarse en la topografía de la pieza.

Prácticamente la casi totalidad de la extensión gástrica, (unos 15 cms.) corresponde a una pared engrosada, indurada, de superficie mucosa y regularmente mamelonada, con un aspecto exulcerativo sobre la pequeña curva; es el aspecto de un tumor infiltrante difuso de estómago.



Aproximadamente los 5 cms. distales parecen corresponder a una pared gástrica no comprometida por la infiltración tumoral.

En la parte superior se reconoce el orificio esofágico.

No hay adenopatías tumorales ostensibles al examen macroscópico.

Histología de: A) Un fragmento de la zona tumoral.

B) Un fragmento del borde inferior de exéresis paralelo a la sección.

INFORME HISTOLOGICO (Dr. J. F. Cassinelli)

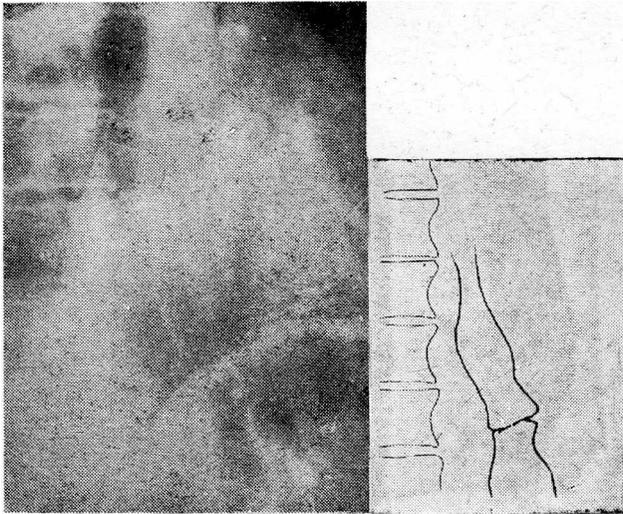
a) Carcinoma gástrico infiltrante difuso, escirroso, conservando la arquitectura de la pared gástrica, provocando una extensa hiperplasia fibroesclerosa intersticial.

b) Fragmento de pared gástrica, que no muestra caracteres histológicos sospechosos de invasión por células malignas, ni cancerización de la mucosa.

EVOLUCION ALEJADA

Seguimos asistiendo este paciente quincenalmente durante varios meses y presentaba como trastorno funcional que decía ser muy molesto

para él, gases en el epigastrio, hipocondrio y flanco derecho, o sea meteorismo con molestias aliviada por eructos o por gases intestinales. Siempre se quejaba de lo mismo, y solamente de eso, que por otra parte decía que lo tenía desde antes de operarlo. También se quejaba desde mucho tiempo antes de repugnancia por la leche, comía perfectamente bien, sin ningún inconveniente, sin tener nunca vómitos ni regurgitaciones. Desde el punto de vista físico su cicatriz operatoria era normal, no había ningún signo patológico al examen físico del abdomen y lo único



que se constataba era una delgadez marcada. El paciente había perdido unos 20 kilos y le costó mucho recuperarlos a pesar del tratamiento de hígado inyectable, hierro por boca, multivitaminas, comidas pequeñas frecuentes, etc.

Me pidió permiso para hacer un viaje de paseo a Minas donde se quedó tal vez dos o tres meses y a la vuelta había recuperado mucho peso y se encontraba bien, aunque siempre le molestaban los dichos gases.

En agosto de 1960 consultó por una crisis hemorroidaria por lo cual ingresó a la Sala y durante su estadía, se comprobó que tenía una ascitis marcada que a la punción resultó tener varios litros.

La historia de su segundo ingreso dice lo siguiente:

Operado hace 8 meses por hemorragia digestiva a neo alto del estómago, practicándosele gastrectomía subtotal superior (esófago-cardio-gastrectomía). El enfermo evolucionó muy bien en el post-operatorio precoz y luego evolucionó también en el post-operatorio alejado, reponiéndose

BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY

muy bien y aumentando unos 10 kilos de peso. Pero siempre se quejaba de alteración en el tránsito de los gases, cosa que le impedía alimentarse bien, porque esta molestia de los gases se exacerbaba por la ingestión de alimentos.

Hace unos 20 días me llamó a su casa por una crisis hemorroidaria que costó mejorar. Hace unos 7 días ingresó en observación y se constató por primera vez que tenía el vientre distendido por ascitis, con matidez desplazable, franca y circulación venosa colateral neta. No se palpa hígado ni bazo ni masas carcinomatosas peritoneales. La ascitis: ¿es debida a una carcinomatosis peritoneal o es debida a metástasis hepáticas con hipertensión portal por compresión? La circulación venosa colateral de las venas superficiales del abdomen justifican el diagnóstico de hipertensión portal; del mismo modo la crisis hemorroidaria.

Al tacto rectal, sus hemorroides se han reducido. Al tacto buscando probable metástasis del Douglas se constata que hay cierto dolor en éste, y del lado derecho un nódulo consistente, del tamaño de una lenteja, que podría ser un nódulo de siembra del Douglas. De cualquier modo este paciente no tiene indicación quirúrgica actual.

Sus hemorroides no le molestan ya. Se le dará de alta.

1 de marzo de 1961. No hemos tenido más noticias de este enfermo pero suponemos que habrá fallecido en su casa.

EXAMENES DE LABORATORIO

Líquido de ascitis (24 - VIII - 60)

Macroscópico: Hemorrágico e icterico.

Citológico: Células neoplásicas en placas y aisladas. Además se observan abundantes eritrocitos, células mesoteliales y macrófagos.

Los medios sembrados han permanecido estériles durante 24 horas.

RADIOGRAFIA SIMPLE DE ABDOMEN (19 - VII - 60)

Aumento difuso de la opacidad del vientre con agrandamiento de área hepática, ascenso del hemidiafragma derecho y borramiento de las estructuras blanda parietales.

Contenido gaseoso en colon esplénico que aparece ligeramente descendido y desplazado hacia adentro y en asas yeyunales del hemivientre izquierdo que ascienden en forma acentuada en la posición de pie. (Dr. Capandeguy).

RADIOGRAFIA DE GASTRODUODENO — ESTUDIO DE NEO BOCA

(2 - VIII - 61)

El tránsito esofágico se realiza normalmente, no existiendo dificultad al pasaje a nivel de la anastomosis esófago-gástrica, la cual aparece claramente delimitada.

Muñón gástrico residual pequeño, bilocado, formando en su parte izq. un receso pseudo-diverticular, probablemente por retracción debido a las múltiples suturas quirúrgicas. La anastomosis gastro-duodenal es de aspecto normal, evacuándose fácilmente la comida al duodeno y al yeyuno. En los presentes documentos no observamos signos que nos hagan sospechar la infiltración neoplásica del pequeño muñón gástrico residual. (Dr. Curuchet).

Presente este caso como ilustración de que la resección gástrica de urgencia por hemorragia en el cáncer del estómago es una operación que en determinada circunstancia, puede ser necesaria y que es perfectamente realizable cuando las lesiones no pasan los límites de la operabilidad.

La razón por la cual yo intervine este enfermo, no fue como indicación de exéresis en una hemorragia por cáncer gástrico, sino porque hice el diagnóstico clínico de úlcera de estómago en hemorragia, basándose en los datos de la historia y en los trastornos funcionales. En realidad, no había elementos suficientes para hacer el diagnóstico clínico de úlcera gastro-duodenal pero había un dato de cierto interés en el hecho de que el enfermo había sido ya visto y estudiado por el Dr. Barreneche en el Servicio del Prof. del Campo, en el Hospital Maciel, no habiendo en aquel momento encontrado ellos ninguna lesión gastroduodenal al estudio radiológico. El hecho de haber transcurrido tiempo desde entonces, y pensando que la enfermedad actual era una crisis nueva en el curso de la misma enfermedad, interpretamos que posiblemente se tratase de una úlcera gastro-duodenal que en aquel momento pasó desapercibida o no estaba en actividad.

Lo que se encontró en la operación, o sea un cáncer extendido de la parte alta del estómago, fue un hallazgo sorpresivo y que nos obligó a tomar una decisión rápida en el campo operatorio, frente a una lesión que no esperábamos encontrar.

El hecho de que la lesión fuese extensa en el estómago y alta en su situación obligaba a una resección que comprendiera el cardias, y por debajo, podía pasarse en zona sana gástrica al examen macroscópico. Como nos inclinamos a conservar el segmento inferior del estómago, y a hacer una gastrectomía subtotal polar superior, como se hace inversamente una gastrec-

tomía sub-total inferior en el cáncer del antro, resolvimos seccionar arriba, a nivel del esófago abdominal y debajo, a nivel del antro un poco por encima del píloro, con la intención de suturar el esófago al estómago restante.

No había ganglios en los mesos, ni había metástasis en el hígado, ni había adenopatías retroperitoneales.

Tenemos la noción, según lo señalado por Lahey, que con frecuencia los cánceres infiltrantes extendidos (que él llama linitis) son los que menos dan siembras en los ganglios y en el hígado, y los que tienen más chances de curación a largo plazo. Contrariamente a lo supuesto por todos, no es el cáncer que crece en un sitio limitado sino al revés, son estos cánceres aparentemente extendidos en la pared gástrica los que dan menos siembras y menos recidivas. Esa fue una razón que me inclinó a realizar la gastrectomía de urgencia en este paciente.

Además, se trataba de un hombre delgado, aparentemente resistente y con más de 3.000.000 de glóbulos rojos y 65% de hemoglobina en el momento de la intervención.

Nada tengo que decir de particular respecto a la técnica de exéresis y sólo deseo señalar que después de liberado el estómago y el esófago abdominal, y después de seccionados los dos nervios neumogástricos me fue muy fácil traer esófago desde el mediastino hacia el abdomen y exteriorizar casi al nivel de la pared, la línea de sección en el esófago.

Cerramos en dos planos de sutura el corte del cabo inferior del estómago; hicimos una incisión sobre la cara anterior del estómago e implantamos el esófago en esta incisión por anastomosis término-lateral.

De esta experiencia sacamos las siguientes conclusiones:

1º) Que no se debe operar ninguna hemorragia gastroduodenal sin hacer un examen radiológico previo de urgencia como lo ha demostrado de una manera totalmente convincente el Dr. Zerboni. En el Congreso de Cirugía Argentino en el que se trató este tema, del cual fue redactor el Dr. Goñi Moreno y correlator el Dr. Bermúdez; en ese congreso el Dr. Zerboni presentó en breves y luminosas páginas y figuras, el resultado de su experiencia en la radiología de urgencia de las hemorragias digesti-

vas altas, estudio radiológico que había efectuado en colaboración particularmente con el Prof. Larghero cuya experiencia y autoridad en esta materia es por todos reconocida. Ellos afirman que se puede siempre practicar un estudio radiológico de urgencia del gastroduodeno, sin ningún perjuicio para el paciente y, al contrario, con enormes ventajas, puesto que permite al cirujano saber exactamente de antemano el sitio y tipo de la lesión. Sin embargo, no se ha hecho todavía carne en nuestro ambiente el estudio radiológico de urgencia de las hemorragias digestivas, aunque una gran cantidad de médicos y cirujanos la realizan. Este caso demuestra claramente que podíamos nosotros haber tenido un dato categórico antes de la operación. La primera conclusión definida es pues, que debimos realizar radiología de urgencia. Actualmente y desde hace meses, practicamos el estudio radiológico gastroduodenal en todos los pacientes de hemorragias digestivas altas, o sospechadas de tales. Se dispone en el Servicio de Emergencia del Hospital de Clínicas, de los elementos necesarios para hacer este examen y de técnicos radiólogos calificados que pueden y saben hacerlo con absoluta eficiencia.

2º) Tenemos la convicción de que frente a toda hemorragia gastroduodenal por úlcera o lesión benigna (tumores benignos, divertículos, etc.) debe hacerse sistemáticamente el tratamiento quirúrgico que corresponda a la lesión y este tratamiento quirúrgico debe ser de urgencia y sin esperar la evolución que nunca podemos preveer con certeza. La única manera de estar seguros de la hemostasis es mediante la intervención de urgencia adecuada a la lesión. Esto lo decimos, no porque se derive del estudio de este caso particular y único, sino para explicar por qué intervenimos de urgencia un enfermo que podría haber sido diferido en su tratamiento quirúrgico.

En cambio, no tenemos el mismo grado de certeza, respecto a la necesidad de intervenir de urgencia las hemorragias por cáncer de estómago. En realidad, si hubiéramos sabido mediante el estudio radiológico que se trataba de un cáncer situado alto, lo más probable es que no hubiéramos intervenido de urgencia a este paciente, porque tenemos el concepto de que las hemo-

rragias de los cánceres en general no son mortales y curan, como episodio evolutivo, con tratamiento médico en la mayoría de los casos. Lo que este caso nos demuestra es que la exéresis de urgencia en la hemorragia por cáncer es perfectamente posible y realizable, y que medidas las diversas circunstancias, los diversos factores, de edad, tiempo de evolución, estado general, etc., podremos algunas veces tomar la decisión de intervenir de urgencia sabiendo que se trata de un cáncer del estómago.

3º) Puede discutirse si se debe hacer una gastrectomía total o si por el contrario conviene dejar un muñón gástrico del antro. Es bien sabido que la secreción clorhidropéptica reside en el fundus y que el antro no tiene ninguna secreción activa digestiva. Sin embargo, no podemos apartarnos de la idea por simple sentido común, de que será conveniente dejar un muñón gástrico si es posible, para que los alimentos en parte puedan encontrar un alojamiento aunque sea pequeño y también para que puedan circular a través del píloro y el arco duodenal, por eso, practicamos siempre que sea posible desde el punto de vista lesional, la resección parcial superior.

4º) Señalamos como hecho que nos llamó mucho la atención, dentro de una experiencia limitada, cómo nos fue posible traer tanto esófago hacia el abdomen y anastomosarlo a un muñón gástrico muy breve.

Dr. Valls. — Bueno, yo voy a comentar el trabajo del Dr. Otero, muy interesante, porque he tenido alguna experiencia y además he conocido experiencias en la guardia del Hospital Pasteur, de algunos compañeros. En primer lugar, en el H. P. se operó un enfermo, lo operó el Dr. Mañana y el Dr. Abo, en una sesión que fue presentada el 24 de julio de 1957, un enfermo con una hemorragia por cáncer gástrico. se le hizo una gastrectomía total. El enfermo hasta la fecha de su presentación había evolucionado bien. Con respecto a las hemorragias en cáncer gástrico, tuvimos que operar una vez un enfermo, que me vio el Dr. Bosch operarlo, que estaba en plena hemorragia, con un vómito de sangre detrás de otro. Unas gastrorragias formidables, le hicimos transfusión y lo operamos de extrema urgencia y encontré que tenía una lesión neoplásica, en gran tuberosidad de tipo discoideo pequeño. Lo que sangraba no era la lesión neoplásica, sino todo el estómago.

Tenia una gastritis hemorrágica, sangraba todo. Entonces, teniendo la noticia de las gastrectomías que había realizado el Dr. Mañana pensé realizar una gastrectomía, pero fui a explorar el hígado y su cara superior estaba sembrada de metastasis. Le hice a ese enfermo una ligadura de la coronaria estomática, de la arteria gastroduodenal y de las gastroiploicas, lo cerré y marchó muy bien en ese momento, después se fue apagando poco a poco en la sala 11 con una ictericia progresiva. Ese enfermo tenía unas hemorragias tan formidables que en ese momento a uno le daba la impresión de que si no lo operaba de urgencia haciendo una transfusión, se moría. Porque era una hemorragia detrás de otra. No había tiempo para pedir un estudio radiológico, porque eran unos vómitos copiosísimos de sangre. Nunca he visto una hemorragia gástrica tan intensa como esa. Nada más.

Dr. Otero. — Respecto a lo que dijo el Dr. Lorenzo y Losada creo que estamos de acuerdo en todo. Respecto a la interpretación que él hace del divertículo que se ve en el estudio radiológico creo que puede tener razón en la forma como él lo interpreta y que nosotros, ni el radiólogo, no habíamos interpretado de una manera definida.

Agradezco muy particularmente al Prof. del Campo, cuya categoría y autoridad es indiscutible en este tema y en otros muchos temas, y me voy a permitir hacer algunos breves comentarios referentes a algunas de las cosas que él dijo. En primer lugar la razón por la cual manifesté que el cáncer infiltrante según la opinión de Lahey era una forma menos maligna de la que aceptamos en general, es precisamente basándome en lo que Lahey escribe sobre el tema. Lahey dice: si no lo interpreto mal, que la forma infiltrante extensiva del cáncer del estómago, que él llama linitis plástica) da menos a menudo metástasis ganglionares que las formas localizadas en contraposición con lo que admitimos en general. Yo no tengo ni experiencia ni estadística suficiente como para decir si tiene o no razón; ni tampoco estoy totalmente seguro, si me pusieran en una disyuntiva categórica de afirmar que él dice eso, pero creo que es eso lo que dice. Lo dije en el curso del trabajo en parte para justificarme de haber resecado un neoplasma aparentemente tan extenso, y en parte para señalar de paso que este caso confirmaba lo afirmado por Lahey, puesto que no se observaban metástasis ganglionares macroscópicas ni microscópicas.

En cuanto a que en el curso de la operación, hecha de urgencia, no se ~~se~~ pueda actuar con la misma eficacia desde el punto de vista de la técnica cancerológica, eso es indudable y desde luego, en la operación que yo realicé, si bien le hice una extirpación amplia del epiplón y del epiplón gastroesplénico, y suficiente en altura hacia arriba y hacia abajo, posiblemente no era adecuado hacer una extirpación muy amplia, o suficientemente amplia en el territorio linfático ganglionar de acuerdo con

BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY

Los cánones de la cirugía cancerológica, sobre todo con el tipo de cirugía de exéresis ganglionar llevada tan a fondo, como se la he visto hacer al Prof. del Campo. No obstante, evidentemente, como el propio Prof. del Campo lo acepta, las circunstancias no nos permitían hacer otra cosa: era lo único que podíamos hacer, era lo que debíamos hacer, era lo que lógicamente me parecía razonable hacer, y aún eso era ya bástante, y podría ser demasiado.

De manera que desde el punto de vista de la solución de la situación de emergencia era una solución suficiente; desde el punto de vista cancerológico era una solución digamos, razonable. Creo que son estas solamente las cosas que le quería expresar al Prof. del Campo para explicar algunas de las razones de la conducta que yo había seguido en este caso.

En cuanto a lo que dice el Dr. Valls, lo que particularmente me llama la atención, mejor dicho lo que particularmente me interesa destacar es el hecho que confirma el Dr. Valls, que en determinadas circunstancias hay situaciones en que el cáncer gástrico provoca hemorragias suficientemente profusas y repetidas para que no quede otra solución que la intervención de urgencia, y que esta intervención puede ser suficiente para curar la complicación.

Muchas gracias a todos.