

## Cancerización de la neoboca, en las gastroenteroanastomosis de los antiguos operados por ulcus\*

Dres. PABLO MATTEUCCI y FEDERICO LATOURRETTE

### CONSIDERACIONES GENERALES

El cáncer de la neoboca es aquel tumor que se origina en la línea de anastomosis de una gastroenterostomía (GEA en lo sucesivo) o en la inmediata vecindad de la misma.

Debe ser diferenciado del cáncer del muñón gástrico o del neoplasma del estómago residual, que se ven aparecer luego de una gastrectomía o GEA, originándose el neoplasma en cualquier parte del estómago: fundus gástrico, cardias, pequeña curva, zona antral en las GEA. Estos tumores no se originan en la zona de la neoboca, llegando a la misma sólo al cabo de una extensa infiltración de la pared gástrica.

Deben descartarse en el estudio, todos aquellos neoplasmas que aparezcan en la neoboca luego de haberse hecho una gastrectomía por neoplasma, aunque el tiempo transcurrido luego de la primera operación sea de más de cinco años. En estos casos siempre cabe la posibilidad de que se produzca una recidiva a nivel de la neoboca.

Tampoco deberán ser considerados aquellos que aparezcan antes de los cinco años de una intervención por un proceso benigno, por ejemplo, ulcus péptico. Existe en estos casos la posibilidad que en la primitiva operación el estudio anatomopatológico fuese incompleto o imperfecto y se catalogase como úlcera lo que en realidad era un neoplasma pasado desapercibido.

Se trata de una afección poco frecuente y, por lo tanto, mal conocida. Presentaremos 2 casos de nuestro medio, habiendo

encontrado otros 40 casos en una revisión de la literatura mundial.

Analizaremos los 42 casos observados. Corresponden a observaciones de Schwarz, 1925; Braun, 1928; Heymann, 1928; Hurst, 1929; Singer, 1932; Lurje, 1935; Ramson, 1936; Bertini, 1936; Wartmann, 1937; Prinz, 2 observaciones en 1938; Milone, 1940; Kreringer, 1952; Beyer, 1943; González y Dall'Otto, 1944; Visintín, 1949; Branco Ribeiro, 1950; Di Comizio, 2 casos, 1951; Kyle, 1952; Medici, 1952; Freedmann, 2 casos, 1954; Helsingen Hillerand, 2 casos, 1956; Delseth, 1957; Cote, 8 casos, 1958; De Miguel, 1961; y los 2 casos que presentamos.

La mayoría de las historias las resumimos de las publicaciones de los diferentes autores. Sin embargo, algunas, especialmente las primeras comunicaciones, las tomamos del trabajo de Freedmann.

En lo que al sexo se refiere, 34 corresponden al masculino y las 8 restantes al femenino.

*Edad.* Dividida en quinquenios es:

Menos de 45 años	.....	2 casos
Entre 45 - 50 "	.....	4 "
" 51 - 55 "	.....	9 "
" 56 - 60 "	.....	5 "
" 61 - 65 "	.....	10 "
" 66 - 70 "	.....	7 "
Más de 71 "	.....	1 caso
Se ignora	.....	4 casos

La primitiva operación realizada, fue la siguiente:

GEA	.....	19 casos
" y piloroplastia	.....	3 "
" y ulcerectomía	.....	2 "
Gastrectomía	.....	17 "

\* Trabajo de la Clínica Quirúrgica "F" del profesor H. Ardao.

La lesión que determinó la primer operación fue:

Úlcera pilórica .....	4 casos
Obstrucción pilórica .....	4 "
Úlcus gástrico .....	14 "
Úlcus duodenal .....	16 "
Se ignora .....	4 "

El intervalo transcurrido entre la primer operación y la aparición del cáncer fue:

Entre 5 - 9 años .....	9 casos
" 10 - 14 " .....	5 "
" 15 - 19 " .....	6 "
" 20 - 24 " .....	10 "
" 25 - 29 " .....	7 "
Más de 30 años .....	5 "

Desde el punto de vista anatomopatológico, un tumor era un linfosarcoma y otro un hemangioendotelioma. Los demás eran adenocarcinomas. Todos se iniciaban en la vertiente gástrica de la neoboca, salvo nuestra observación 2, donde la mucosa yeyunal era también sitio de origen del cáncer. Sólo tres infiltraban el yeyuno; dos se originaban en una zona de gastritis polipoide.

Aunque este dato no lo tenemos completo, sólo la tercera parte de los operados pudieron ser resecaados.

Ninguno sobrevivió los cinco años.

**OBSERVACIONES**

Caso 1 (Registro Nº 185.512 del Hospital de Clínicas).— Hombre de 66 años, que consultó por vómitos y dolor en epigastrio con dos meses de evolución.

*Antecedente.*— Operado treinta años atrás por úlcus gástrico, habiéndosele practicado una GEA.

*Examen.*— Regular estado general. Palpación del abdomen: sin particularidades.

*Radiología.*— Se comprueba una GEA que funciona correctamente. El contenido gástrico se evacúa también por vía duodenal. En la región antral, imágenes lacunares de aspecto polipoideo.

*Quimismo gástrico.*— Aclorhidria.

*Exámenes de laboratorio.*— Anemia, hipoproteinemia.

*Operación* (29-V-1963).— La exploración mostró una GEA transmesocólica. No se apreciaron lesiones externas, realizándose una gastrotomía. Se comprobaron varios pólipos y un neoplasma sésil, ulcerado, en cara posterior del estómago, junto a la neoboca. La zona de implantación del mismo estaba englobada en el mesocolon transverso. Se extirpó en bloque una pieza constituida por 4/5 del estómago, 30 cm. de delgado rodeando la zona de la GEA, 15 cm. de colon transverso con sección triangular del meso, englobando la brecha transmesocólica. Reconstrucción del tránsito digestivo con anastomosis colocolica terminal y cierre de la brecha transmesocólica; anastomosis yeyunoyeyunal terminoterminal y gastroenteroanastomosis precólica.

*Evolución postoperatoria.*— Buena durante diez días. Luego apareció una fistula cólica, que fue cerrando progresivamente. Una neupatía le provocó la muerte a los cuarenta y cuatro días de operado.



Fig. 1: Estudio radiológico de la observación 1. Se aprecian en la región antral y zona de la neoboca, imágenes lacunares correspondientes al tumor y a las formaciones polipoideas. Fig. 2: Se observa la pieza de exéresis del caso 1. En la parte central, el tumor infiltrante y ulcerado que ocupa la vertiente gástrica de la neoboca. Más arriba se aprecian dos formaciones polipoideas. Fig. 3: Estudio radiológico de gastroduodeno de la observación 2. Se aprecia en la gran curva una zona de rigidez parietal y una imagen vegetante en la zona correspondiente a la neoboca.

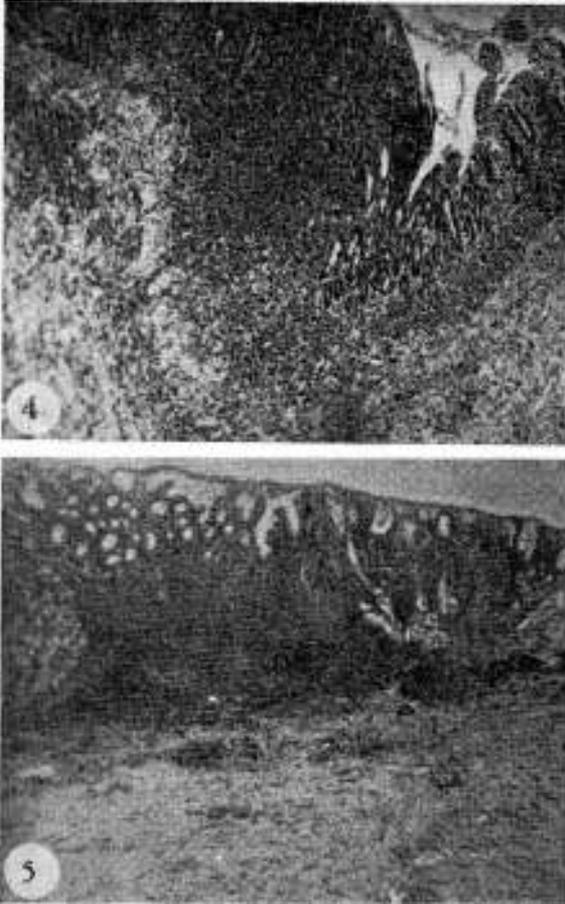


FIG. 4: Aspecto histológico del tumor de la observación N° 2. Corte a nivel de la vertiente gástrica.  
 FIG. 5: Aspecto histológico del tumor. Aspecto de la mucosa yeyunal, asiento también de degeneración neoplásica.

**Anatomía patológica.**—La pieza abierta mostró una GEA permeable, marginada por una masa tumoral que crece fundamentalmente en la vertiente gástrica. Próximos al orificio, dos pólipos, el mayor de los cuales tiene 15 mm. de diámetro. No se encontraron ganglios infiltrados.

**Histología.**—El neoplasma era un adenocarcinoma infiltrante mucinoso. No infiltraba la mucosa yeyunal. El estudio del pólipo mayor mostró un tejido de granulación hiperplástico de la submucosa, con abundante infiltración eosinófila difusa. Se trataba de un granuloma eosinófilo de la submucosa gástrica.

**Caso 2.**—Hombre de 67 años, que ingresó a un sanatorio particular con hematemesis y melenas. Quince días antes del ingreso, varias deposiciones negras, coincidiendo con mareos y marcada anorexia.

**Antecedente.**—Treinta años atrás se le practicó una GEA, por una estenosis provocada por una úlcera duodenal.

Al ingresar se le hizo un estudio radiológico intrahemorrágico, que mostró buen funcionamiento de la neoboca e imagen sospechosa de nicho en el bulbo duodenal. Un hemograma mostró: glóbulos rojos, 2.070.000 por mm.c.; hemoglobina, 56%; glóbulos blancos, 10.700 por mm.c. Se le hicieron transfusiones de sangre. Al día siguiente del estudio radiológico, copiosa hemorragia, que obligó a una intervención quirúrgica de urgencia.

**Operación.**—Se comprobaron en el acto quirúrgico, estómago y asas yeyunales con sangre. La palpación demostró la existencia de una tumoración indurada en la parte posterior de la GEA y pared gástrica. Cadenas ganglionares con varios ganglios duros, palpables. Se hizo una gastrectomía subtotal, resecaando el asa yeyunal anastomótica, y restableciendo el tránsito por medio de una gastroenteroanastomosis precólica, oral total. Gruesos vasos ulcerados en el fondo del cráter neoplástico eran la causa de la hemorragia. El ulcus duodenal estable cicatrizado.

**Postoperatorio.**—Sin complicaciones. Alta al décimo día.

**Falleció** a los ocho meses por caquexia neoplásica.

**Anatomía patológica.**—Abierta la pieza, se comprobó una ulceración de 4½ cm. que rodeaba la neoboca, en la vertiente gástrica de la misma. La vertiente yeyunal estaba indurada. El orificio de la GEA era pequeño, rígido e indurado, permitiendo solamente el pasaje de un dedo índice.

**Histología** (informe del Dr. Cassinelli).—“El estudio del tumor mostró un adenocarcinoma sólido, con células muy indiferenciadas y algunos focos de degeneración mucinosa. En el sector yeyunal había intensa infiltración adenocarcinomatosa con células más oscuras y más diferenciadas. La mucosa yeyunal presentaba una zona de progresiva cancerización, que parecía propia y no propagada del contorno gástrico. Parecía que la mucosa yeyunal era también sitio primitivo del carcinoma”.

## COMENTARIO

Estos tumores se originan habitualmente en la vertiente gástrica de la neoboca. Salvo un caso publicado por Santy y nuestra segunda observación, todos los demás se originaban en la mucosa gástrica, junto a la línea de anastomosis. Muy pocas veces el tumor infiltra el yeyuno; parecería que existiese una barrera a la difusión cancerosa a nivel de la línea de sutura.

En cuanto a las causas que predispondrían a la aparición de este tipo de cáncer, la mayoría de los autores le han dado mucha importancia a los procesos inflamatorios crónicos de la mucosa gástrica, en la vecindad de la neoboca. Se encuentran

con frecuencia lesiones de gastritis que se aprecian histológicamente y aun gastros-cópicamente junto a la neoboca, pasando a menudo desapercibidas clínicamente. Estas alteraciones inflamatorias junto a la neoboca, han sido llamadas por diferentes autores anastomositis o estomitis. Serían debidas a varias causas: a la acción irritativa que sobre la mucosa gástrica ejercen los jugos alcalinos duodenales; a micro-traumatismos reiterados en una zona de pasaje de alimentos; a la aparición en la zona de anastomosis de una flora bacteriana normal en el intestino, pero absolutamente anormal para la mucosa gástrica, y que además en un medio en hipo o ana-clorhidria ve exacerbada su virulencia. Otros autores, entre ellos Breemer y de Graaf, creen que la estomitis podría ser producida por la presencia de hilos irreabsorbibles en la sutura. Esta reacción inflamatoria sería máxima si los puntos son totales, es decir, si toman la mucosa.

Por lo tanto, múltiples mecanismos explicarían esta gastritis crónica junto a la neoboca; la misma, evolucionando durante años, con empujes y remisiones, generalmente subclínicos, podría con el tiempo dar lugar a la aparición de un cáncer. Se ha señalado además, que este tránsito a la malignidad podría hacerse a través de un estado especial, de gastritis hiperplásica, o gastritis polipoidea.

Otros factores han sido señalados. Morel cree que el neoplasma de la neoboca es uno de los tantos cánceres de las cicatrices. Mallet-Guy habla de lucha de epitelios: compara estos tumores con aquellos que aparecen en la línea de sutura luego de una colecistogastrostomía.

La malignidad de estos tumores es mayor que la de los neoplasmas gástricos comunes. En efecto, la intervención primitiva motivó la creación de adherencias, supresión y modificación de vías linfáticas de drenaje, determinó alteraciones de la vecindad y continuidad entre colon, mesocolon, páncreas, especialmente a nivel de la neoboca, ya sea se haya hecho ésta precólica o transmesocólica. Estos hechos determinan que el neoplasma difunda mucho más rápidamente, ya sea por infiltración directa a órganos que han adquirido nuevas e íntimas relaciones, o por diseminación linfática atípica. Incluso se han descrito pasajes de linfáticos gástricos de

neoformación al yeyuno y viceversa, a través de la línea de sutura, comunicando de este modo diferentes territorios linfáticos. Este hecho explicaría la gran difusión linfática retrógrada que se encuentra en la mayoría de estos enfermos. Si a esto agregamos la precocidad con que se infiltran órganos vecinos, especialmente colon y mesocolon, se comprenderá la gran malignidad de estos neoplasmas: cuando dan síntomas clínicos, habitualmente han escapado de toda posibilidad terapéutica.

La sintomatología clínica, tiene de particular el hecho de que son enfermos que pasan bien un largo intervalo de tiempo, luego de una gastrectomía o GEA (quince, veinte, treinta y aún más años). Luego, súbitamente comienzan a aparecer trastornos digestivos, dolores, toque del estado general, presentándose luego el síndrome orificial por estenosis de la neoboca. Cuando el neoplasma es avanzado, su sintomatología es similar a la de cualquier otro cáncer gástrico.

El diagnóstico plantea una serie de problemas y dificultades; habitualmente se diagnostican tardíamente, o no se reconocen hasta ser laparatomizados. Con varias afecciones suele plantearse el diagnóstico diferencial: gastritis postgastrectomía, úlceras de neoboca, trastornos funcionales, síndrome de Dumping, conjunto de afecciones que por lo general se ven en los primeros años luego de la operación. Rara vez estos enfermos pasan bien durante diez o veinte años después de operados; si transcurrido este tiempo sin síntomas, aparecen trastornos por primera vez, debe ser planteado firmemente el diagnóstico de neoplasma de neoboca, con más razón si aparece un síndrome de dificultad de evacuación gástrica.

A veces es difícil poder hacer la diferenciación con perigastritis, adherencias, retracciones postoperatorias, que pueden dar imágenes radiológicas de confusa interpretación. También suele ser difícil el diagnóstico diferencial con tumores polipoideos, o granulomas cicatriciales que pueden encontrarse en la región de la región de la neoboca.

La radiología muchas veces aporta imágenes difíciles de reconocer y diagnosticar. Habría, según Porcher y Buffard, algunos aspectos radiológicos típicos, como ser:

—Imagen de retención liquidiana y de alimentos, contrastando con la incontinencia del pasaje de bario a través de un estrecho desfiladero rígido, a bordes lacunares o irregulares, en el sitio correspondiente a la neoboca.

—Desaparición total de la neoboca en las GEA, reemplazada por una zona lacunar clara, con o sin signos de retención gástrica.

La gastroscopia permite siempre la buena visualización de la neoboca y es el método auxiliar de diagnóstico que cuenta con más posibilidades.

El pronóstico de estos tumores, por los motivos expuestos, es siempre grave. No conocemos ningún caso que haya sido operado y hubiera sobrevivido cinco años.

La cirugía de excéresis con criterio cancerológico exige la gastrectomía total, extirpando además el colon transversal y su meso, el yeyuno que rodea la zona de la GEA, bazo, cola del páncreas, mesos y territorios ganglionares correspondientes. Esta gran intervención sólo por excepción puede realizarse, dado que, por lo general, cuando se operan estos enfermos, por la extensión del tumor, sólo se puede hacer una cirugía paliativa.

## RESUMEN

Los autores presentan dos observaciones de neoplasma de neoboca, originados a nivel de la anastomosis gastroyeyunal, en pacientes operados treinta años atrás por úlcus péptico.

Hacen consideraciones sobre la patología y clínica de esta afección, analizando datos estadísticos de 40 observaciones reunidas en una revisión de la literatura médica.

## RÉSUMÉ

Les auteurs présentent deux observations de cancer de la néobouche, originés au niveau de l'anastomose gastro-jéjunale, dans des malades opérés trente ans auparavant d'ulcère peptique.

Ils font les considérations sur la pathologie et la clinique de cette maladie, tout en analysant les données statistiques de quarante observations réunies dans une révision de la littérature médicale.

## SUMMARY

Two cases of neobuccal neoplasm, originating at the level of the gastrojejunal anastomosis, in patients operated on for a peptic ulcer 30 years earlier, are dealt with.

The pathological and clinical features of this condition are discussed, a statistical survey being carried out of 40 cases reported by the literature.

## BIBLIOGRAFIA

1. BERTINI, G. Rarissima complicazione di un gastroenteroanastomosi: ulcera carcinomatosa della bocca anastomotica. *Arch. It. Chir.*, 44: 85, 1936.
2. BERNAY, P. y HOUVERT, H. Tumor inflamatorio del muñón, 8 años después de una gastrectomía por úlcera del ángulo. *Arch. Mal. App. Digest. et mal. de la Nutr.*, 41: 456, 1952.
3. BRANCO RIBEIRO, E. Cancer do côto gástrico. *Anais Paulistas de Med. e Cir.*, 60: 33, 1950.
4. BREUER, A. y DE GRAAF, J. (Bruxelles). Hemorragias digestivas en gastrectomizados. *Lyon Chir.*, 57, N° 3: 364, 1961.
5. COTE, R. Cancer of the Stomach, after Gastric Resection for Peptic Ulcer. *Sur. Gyn. Obs.*, 107: 200, 1958.
6. CHIFFLET, A. Cirugía del estómago. (Publicaciones de la Clínica.) Montevideo, 1965.
7. DE ARZÚA ZULAICA, E. y OBREGÓN ICAZA, J. Cáncer de la boca anastomótica, en el reseco gástrico. *Rev. Clín. Esp.* 62: 40, 1956.
8. DE JODE, R. L. Gastric Carcinoma following Gastroenterostomy and partial Gastrectomy. *British J. Surg.*, 48: 512, 1961.
9. DE MIGUEL, J. Cáncer del estómago operado. *Rev. Esp. Enf. Ap. Diges. y Nutric.*, 20: 921, 1961.
10. FREEDMANN, M. and BERNE, C. J. Gastric Carcinoma of Gastrojejunal stoma. *Gastroenterology*, 27: 210-216, 1954.
11. HELSINGEN, N. and HILLENSTAND, O. (Oslo). Cancer development in the Gastric Stump after partial Gastrectomy for peptic Ulcer. *Ann. of Surg.*, 103: 173-179, 1956.
12. LIAVAAG, K. (Dramman, Dinamarca). Cancer development in Gastric Stump after Gastrectomy for peptic Ulcer. *Ann. of Surg.*, 155: 103-106, 1962.
13. LUZE, W. The development of Carcinoma in the Anastomosis, after operation for gastric Ulcer. *Wien Med. Wchnschr.*, 101: 804, 1951.
14. MATTEUCCI, P. Cáncer gástrico, en el anti-guo operado por úlcus. Tesis de Doctorado. Montevideo, 1964.

15. MUÑOZ MONTEAVARO, C. Gastroscopia del estómago operado. II Congr. Arg. de Gastroent. Mar del Plata. 187-121, 1953.
16. POPESCO-URLENI, M. et GILORTEANU, M. (Bucarest). Les lymphatiques de néoformation au niveau des anastomoses digestives. *J. Chir. (Paris)* 86: 465-469, 1963.
17. PORCHER, P. et BUFFARD, P. Radiologie clinique de l'estomac opéré. Masson & Cie. 450-464, 1957.
18. RHELI, P. Carcinoma of gastric Stump. *Gastroenterología*, 77: 281, 1951.
19. RODRÍGUEZ, A. G. y DALL'OTTO, V. Cáncer de una neoboca en una GEA por ulcus duodenal. *Prensa méd. arg.*, 31: 1883, 1944.
20. RUSSO, A. y CERVIO, R. Cáncer del muñón gástrico del enfermo gastrectomizado por ulcus. *Boletín Soc. Arg. Cir.*, 40: 905, 1956.
21. SANTY, P. *Lyon Chir.*, 36: 68, 1939. (Citado por Porcher y Buffard.)
22. SINGER, A. *Arch. Int. Med.*, 49: 429, 1932. Citado por De Arzúa Zulaica y Obregón Icaza.)
23. VISINTIN, O. Carcinoma primitivo della anastomosi gastrodegiunale dopo gastrectomia per ulcera duodenale. *Minerva Chir.*, 4: 545, 1949.
24. ZUBIAURRE, L. Radiología del estómago operado. II Congreso Arg. de Gastroent. Mar del Plata 69-118, 1953.