

Hemorragia digestiva por pólipo gástrico de muy discutida histopatología * **

Revisión casuística

Dres. VLADIMIR GUICHEFF,*** A. SANTOS DUBRA ****
y Br. JULIO DECARO *****

INTRODUCCION

Motiva la presentación de nuestro trabajo, el interés que creemos que tiene, el dar a conocer un caso de hemorragia digestiva grave, cuya causa etiológica es un pólipo gástrico, muy difícil de etiquetar del punto de vista anatomopatológico. Dicho pólipo fue estudiado por el Instituto de Patología del Hospital de Clínicas, no pudiendo precisar concretamente a que tipo histológico pertenecía.

Fue enviado en consulta al Instituto de Patología de las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos. Esta última Institución tampoco se pudo definir a clasificarlo, enviando un informe con el cual nuestros patólogos no concuerdan en parte con su contenido. En lo que ambos coinciden es de que se trata de un raro tumor gástrico.

Presentaremos además, la casuística de pólipos gástricos del Archivo del Hospital de Clínicas de 1954 a la fecha, con un breve comentario en lo referente a diagnóstico, pronóstico y tratamiento.

Finalizaremos, con una serie de consideraciones acerca de los llamados pólipos gástricos.

HISTORIA CLINICA

El resumen de la historia y conducta asumida con la enferma, que presentó la hemorragia digestiva, es el siguiente:

Sexo: femenino. M. R. de C., 27 años. Registro 246.775. Ingresó el 28-VI-66 por hematemesis y melenas grave, al Servicio de Nutrición y Gastroenterología. Tres días antes había notado melenas. En el día del ingreso hematemesis importante, sudoración, mareos, lipotimia. Es enviada del Hospital de Castillos al de Clínicas, donde estuvo internada en el Servicio antes dicho durante 6 días. Ingresó con un evidente cuadro de anemia aguda. Se le efectuó un gastroduodeno intrahemorrágico, demostrando el mismo que la enferma era portadora de un tumor gástrico con los caracteres de un pólipo (figs. 1, 2 y 3). Se le transfundió un litro de sangre durante la estadía en el Servicio de Gastroenterología. Las cifras de laboratorio al día siguiente de su ingreso eran: hematócrito 22 %, hemoglobina 40 % y una leucocitosis 7.200.

Al octavo día de su ingreso fue vista por nosotros, en ocasión de haber solicitado pedido de consulta la Clínica en la cual estaba internada a la Clínica Quirúrgica "B" del Prof. Piquinela.

En este Servicio se le terminó de reponer del punto de vista de su volemia y del estado general, con vistas a ser intervenida.

En sus antecedentes personales debemos mencionar que presentaba desde hace un año malestar epigástrico, postprandial, sufrimientos vagos dispépticos, sin que llegara a configurar su sintomatología un síndrome ulceroso típico.

Dato muy importante a señalar, es que la enferma el día anterior a su hemorragia había ingerido 10 comprimidos de ácido acetil salicílico por cefaleas intensas.

Tránsito intestinal y urinario: sin particularidades.

No hubo ningún elemento de repercusión general en los últimos tiempos.

Antecedentes familiares: sin particularidades.

Repuesta la enferma, se lleva al acto quirúrgico, 20 días luego de su ingreso, para efectuar una laparotomía, con el criterio de realizar una biopsia extemporánea de su lesión poliposa y tomar una conducta adecuada a los hallazgos quirúrgicos y anatomopatológicos.

* Trabajo de la Clínica del Prof. Piquinela.

** Presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay el 10 de mayo de 1967.

*** Adjunto de Clínica Quirúrgica.

Jefe de Sala de Clínica Quirúrgica.

***** Practicante Interno.



FIG. 1.—Posición de pie. Imagen en parte media de estómago.



FIG. 2.—Posición de cubito-dorsal. Se observa el pólipo desplazado hacia el fundus gástrico.



FIG. 3.—La imagen de perfil. Se observan sus contornos bien nítidos. Pliegues normales.

Fuimos ayudados por el Dr. Santos Dubra. El resumen del protocolo operatorio es el siguiente: anestesia general. Mediana supraumbilical. La exploración de órganos intraabdominales fue sin particularidades, salvo la presencia de un útero aumentado de tamaño como el que corresponde a un embarazo de 3 meses.

La inspección macroscópica del gastroduodeno, así como de todo el piso supramesocolónico, no mostro ninguna particularidad. A la palpación del estómago se comprueba la pre-

sencia del tumor intragástrico en la parte media del mismo, muy móvil, de unos 4 cm. de diámetro. Gastrotomía en cara anterior de estómago. Se visualiza la tumoración, que es redondeada, de aproximadamente 3 cm. de diámetro, con una ulceración de unos 3 mm. en el domo de la misma. Presentaba un pedículo de unos 4 cm. de largo que la fijaba a la parte alta del estómago, próximo a la gran curva. Consistencia dura, elástica. Coloración similar al resto de la mucosa gástrica, que era normal, así como la que recubría el pedículo. La base de implantación del mismo no mostraba ninguna particularidad. Decidimos efectuar una sección de todas las capas del estómago rodeando ampliamente la base del pedículo y enviar la pieza a estudio biopsico extemporáneo.

Cierre de la brecha gástrica en dos planos. El informe primario de la biopsia fue de que se trataba de un adenocarcinoma. Minutos más tarde, el anatomopatólogo (Dr. Mendoza) nos dice que se trata de un tumor de la línea epitelial, pero de naturaleza benigna, sin poder identificar a que entidad nosológica pertenecía.

Decidimos dejar como conducta quirúrgica final, la adoptada inicialmente, es decir el solo haber efectuado la amplia resección de la base del pedículo (6 cm. aproximadamente de diámetro, de pared gástrica).

Ello lo hicimos debido a: a) Que la enferma tenía 27 años. b) La falta de un diagnóstico anatomopatológico concreto. c) Que la observación de los ganglios linfáticos regionales, del hígado y órganos vecinos, no mostraban ningún elemento de diseminación, si se trataba de un proceso maligno. d) La entidad de la intervención a efectuar, dada la alta implantación del pedículo del pólipo. e) Esperar un informe definitivo más categórico que superase las deficiencias de un estudio anatomopatológico extemporáneo.

Buena evolución postoperatoria.

Alta a los 15 días.

Solicitamos a la enferma que regresara 6 meses más tarde, para su control alejado. Concurrió a su control a los 8 meses de ser intervenida. Se halla en excelente estado general. Aumentó de peso. No presenta sintomatología física ni funcional. Se planteó a la enferma la realización de un segunda intervención, con carácter de "second look", que la enferma difiere por razones particulares para dentro de 3 meses.

Conversamos personalmente, posteriormente, con el Dr. Mendoza, respecto a la etiología del tumor. El informe del Departamento de Anatomía Patológica es el siguiente: "Lesión tumoral desarrollada en la submucosa, de estirpe epitelial, derivada del epitelio glandular (células principales de las glándulas fúndicas) que muestra cierto grado de infiltración (no está encapsulado, sino circunscripto)", por lo cual se le otorga discreto grado de malignización.

Diagnóstico: adenocarcinoma de bajo grado de malignidad, derivado de las células principales de las glándulas fúndicas.

Se envió el material macro y microscópico, por iniciativa del Departamento, a consulta con el Instituto de Patología de las FF.AA. de los EE.UU., dado que no podían ser muy categóricos en tal afirmación.

Dicho Instituto, destaca que se trata de "una interesante e inusual lesión" e informan lo siguiente: "Tumor submucoso compuesto de nidos y columnas de células granulares pálidamente eosinófilas con núcleo vesicular y prominente nucléolo, las mitosis son raras y no se aprecia pleomorfismo.

"Los grupos celulares están separados por columnas de material eosinófilo que están consideradas a representar el distorsionado y comprimido músculo liso.

"El tumor es benigno, y carece de rasgos de un paraangioma, no cromafin o un tumor glomus, pero sí tiene alguna semejanza a un tumor carcinoide, aunque carente de gránulos argentafines.

"El Staff ha apreciado este inusual tumor en alguna ocasión y lo ha catalogado como un hamartoma mioepitelial de estómago, mostrando rasgos de tumor carcinoide".

El Dr. Mendoza, y de acuerdo con él el Dr. Cassinelli, nos manifiesta que la presencia del músculo liso que cita el Insti-

tuto consultado, no es bien demostrable histológicamente, prestándose a discusión su existencia. Esto alejaría el diagnóstico de hamartoma que ellos establecen. Así mismo cree que es difícil plantear el diagnóstico de carcinoide, sobre todo no existiendo los elementos histológicos que lo caracterizan.

No envían además, dice él, ninguna ficha bibliográfica, a pesar que el Instituto de las FF.AA. dice haber tenido alguna experiencia en este tipo de tumores.

Con el criterio de aclarar algunos conceptos histopatológicos, de las entidades nosológicas que se citan en los informes, recurrimos a la bibliografía anatomopatológica y sintetizamos los caracteres de cada uno de ellos (1, 3, 10, 12, 13, 16).

El tumor carcinoide de estómago es tan raro como curioso. La propiedad para llamarlo benigno puede ser muy cuestionada. Cuando se hallan y son pequeños y superficiales no hay metástasis. Por lo general progresan muy lentamente y tarde o temprano generalmente son de pronóstico sombrío. La explicación de este hecho es que estos tumores dan metástasis linfáticas muy precozmente.

Histológicamente están formados por células redondeadas o cilíndricas con gránulos acidófilos en su citoplasma.

El diagnóstico se hace concreto siempre que sea posible demostrar gránulos argentafines citoplasmáticos.

En los diagnósticos diferenciales histológicos a considerar hay que tener presente, que casos de pequeñas células de adenocarcinomas gástricos altamente malignos, han sido erróneamente interpretados como pertenecientes al grupo de carcinoides.

Se debe diferenciar además de los raros tumores glomus. Estos forman pequeños nódulos de la pared gástrica que semejan a leiomiomas. Tienen un molde vascular que los caracteriza y confirma el diagnóstico el crecimiento "in vitro" de pericitos (células epitelioideas de las paredes de los vasos).

Deben ser diferenciados además de las células reticulares del reticulosarcoma.

El hamartoma, término que sugirió originariamente Albrecht, es una malformación tumoral de un órgano que está formado por un mezcla anormal en cantidad, de elementos normales de ese órgano.

Pueden encontrarse en cualquier víscera. Raramente encontrados en el estómago.

El adenocarcinoma gástrico es el más común de los neoplasmas de estómago. La forma polipoidea constituye el 25 % de los mismos. La invasión tumoral puede estar en lesiones pequeñas y limitadas a la mucosa y submucosa. Histológicamente aparecen ácinos bien diferenciados y formaciones papilares.

Se consideran signos de pronóstico favorable a estos tumores polipoideos cuando no toman la pared y no dan metástasis en los ganglios regionales.

Luego de este resumen de los rasgos principales de los diferentes tumores que se entran a considerar, se entiende entonces porque ha sido tan discutida la histopatología de nuestro tumor polipoideo y porque tan difícil su clasificación definitiva del punto de vista anatomopatológico.

Lo que queremos dejar establecido es que a pesar de la confusión que puede surgir en el estudio histológico de los diversos tumores que se citan en los informes, los patólogos de ambos Institutos sostienen que el caso estudiado constituye un raro tumor gástrico.

El término "raro" es usado por todos los patólogos cuando se hallan frente a una lesión pocas veces observada.

RESUMEN DE LA CASUISTICA DEL HOSPITAL DE CLINICAS SOBRE POLIPOS GASTRICOS

De 250.700 historias documentadas en el Archivo Médico del Hospital de Clínicas, 17 de ellas están clasificadas como poliposis gástrica, de las cuales sólo 6 corresponden a pólipos gástricos únicos.

El resumen de los casos estudiados es el siguiente:

La edad de los enfermos oscila de los 27 a 90 años, como promedio 45 años en los casos de pólipos únicos, en la poliposis difusa el promedio de edad fue de 61 años.

El sexo en los pólipos únicos: de 6 casos, 5 eran mujeres y 1 era hombre. En los pólipos múltiples: de 11 casos, 6 eran mujeres y 5 hombres.

Los motivos de consulta fueron muy diversos:

Epigastralgia	5 casos
Hematemesis	3 "
Diarreas	4 "
Pérdida de peso	2 "
Por estudios complementarios	3 "

La radiología fue categórica en los 6 casos de pólipos gástricos únicos.

Nos referiremos a ellos: 5 fueron operados. Uno falleció a los pocos días de su ingreso. Este caso, se trataba de una enferma de 71 años de edad, portadora de una diarrea crónica que la llevó a una caquexia terminal. La necropsia mostró que el pólipo radiológico era un adenocarcinoma gástrico histológicamente, sin ninguna exteriorización del proceso. Un hecho interesante a destacar, que la enferma era portadora de un pequeño hamartoma en el pulmón derecho.

De los 5 casos operados, a 2 se les practicó gastrectomía subtotal y a los restantes polipectomía simple.

Del punto de vista anatomopatológico se trataban de pólipos únicos, 4 de ellos de localización antral, 1 en la pequeña curva, de un tamaño que promediaba entre 1 cm. y 3 cm. de largo, y que histológicamente eran pólipos adenomatosos simples.

La evolución fue favorable en todos los casos estudiados.

En la poliposis gástrica difusa hay que destacar la concomitancia lesional con el adenocarcinoma (4 de los 11 casos).

Todos ellos eran de localización antral.

Dos casos de poliposis gástricas conocemos, que fueron presentados en un trabajo a la Sociedad de Cirugía en 1953, por los Dres. H. Ardao y Aguiar (2), pertenecientes a la Clínica del Prof. Chiflet. Uno de localización en el cuerpo gástrico constituido por alrededor de 20 formaciones pediculadas y otro en forma de placa en región antral, que radiológicamente simulaba un neoplasma de estómago.

Clasificados como tumores benignos de estómago, hay tres historias más en el Archivo del Hospital de Clínicas.

Uno en una enferma de 65 años, que tenía un lipoma gástrico submucoso de 5 por 6 cm., a la cual se le hizo una gastrectomía parcial (Nº de Reg. 121.319).

Otro en una enferma que ingresó con el diagnóstico de fibromioma uterino y que

en el acto quirúrgico se comprobó una gruesa tumoración de 25 cm. de diámetro, implantada en la gran curva. Del punto de vista histológico era un leiomioma (Nº de Reg. 28.280).

Y un enfermo, de 49 años, que se interviene como úlcus de pequeña curva, practicándosele una gastrectomía subtotal. Del punto de vista histológico se trataba de un granuloma eosinófilo ulcerado (Nº de Reg. 156.970).

En resumen, de 250.700 historias documentadas, se encuentran 20 casos de tumores benignos de estómago, incluyendo en esta denominación los casos de poliposis múltiples, con las salvedades ya citadas.

CONSIDERACIONES SOBRE POLIPOS GÁSTRICOS

Pólipo gástrico es una denominación más anatómica o anatomorradiológica que etiopatológica. Para J. Avery y P. Gummer (4) serían pólipos todas las formaciones intragástricas que se hallan implantadas en la mucosa.

Eklöf y Erikson (6) aplican este término sólo a los tumores benignos.

Son poco frecuentes. Grafe (7), en un estudio de 171.708 historias del N. Y. Hospital, encuentra 104 casos de tumores benignos de estómago, lo que constituye un porcentaje de 0,06 %.

En el Hospital de Clínicas el porcentaje de pólipos gástricos de todas las historias registradas (250.700) alcanza la cifra de 0,0023 %.

Etiología.

No se conoce la etiología de estas neoformaciones benignas.

Algunos autores sostienen un factor hereditario.

Menestrier-Borelius (1916), Konyetzni (1938) y otros autores, sostienen que la etiopatogenia de estos pólipos debe buscarse en la patología inflamatoria previa de la mucosa gástrica. E. Carlson (5) invoca el factor alérgico en la etiopatología de los tumores benignos del estómago, en los procesos que describe como granulomas eosinófilos, fundamentalmente en los del tipo infiltrante difuso.

Anatomía patológica.

Detallaremos algunas particularidades de los distintos tipos de tumores:

Localización: La mayoría son de crecimiento endogástrico, aunque pueden tener crecimiento exogástrico (sobre todo los schwannomas).

La localización de estos procesos en el estómago es mayor a nivel de la región antral. Lo sigue en frecuencia el cuerpo gástrico y más raramente la región fúndica.

a) Los adenomas pueden ser simples o múltiples, son los tumores más frecuentes. Pueden ser sésiles o pediculados. Algunos son de aspecto vellosos y recuerdan los tumores vellosos del recto, ya por su aspecto o histología, como por su evolución y frecuente degeneración. Los múltiples constituyen una especie de poliposis gástrica.

A estos últimos, Menetrier los clasifica en dos grandes grupos: los poliadenomas poliposos y los poliadenomas en napa.

T. Perry (17), en 23 casos presentados por él, 12 eran simples y 11 múltiples. La localización de los mismos era: 21 en región antral, 10 en el cuerpo gástrico y 2 en la región fúndica.

b) Los schwannomas, todavía llamados neurinomas, tienen tendencia a presentar transformación quística como los gliomas de cerebro. Esta transformación va de la degeneración micropoliquística a la degeneración mixoide, con múltiples cavidades, hasta la cavidad quística única de contenido claro.

c) Los leiomiomas son los tumores más frecuentes de origen mesenquimático. Pueden ser intra o exogástricos. Pueden sufrir deformación mixomatosa, coloidea o sarcomatosa. Los exogástricos pueden formar pedículos largos, cuya implantación se halla en la curvatura mayor, por lo general, y pueden dar errores de diagnóstico importantes cuando son palpados a través de la pared abdominal.

d) Los lipomas son raros.

e) Los neurofibromas pueden presentarse aislados o formando parte de la enfermedad de Reckinhausen.

f) Los páncreas aberrantes no son en realidad una neoformación gástrica, pero deben ser tenidos en cuenta en el diagnóstico diferencial en los tumores benignos

de estómago. Su localización fundamental es en la región antral o pilórica.

g) Los carcinoides de estómago son de bajo potencial de malignidad, y se acompañan de otras localizaciones y una sintomatología funcional especial.

h) Los angiomas son tumores redondos esponjosos, móviles, que degeneran y sangran abundantemente cuando se ulceran.

i) Granulomas eosinófilos de estómago. Es otra entidad anatomopatológica, que describen E. Carlson y J. Guy Ward. Proponen en su trabajo la denominación de pólipos inflamatorios gástricos. Del punto de vista histológico, presentarían una infiltración eosinófila, que puede ser difusa o en forma de pólipos. Se pueden acompañar además de asociaciones lesionales de duodeno, yeyuno e íleon. El rasgo esencial anatomopatológico es que la infiltración es de la submucosa, dejando una mucosa de aspecto frecuentemente normal.

Sintomatología.

Con la anamnesis y el examen clínico es prácticamente imposible llegar a un diagnóstico de tumor benigno de estómago. La sintomatología con que se presenta es muy variada y no da elementos para llegar a un diagnóstico concreto.

Los enfermos describen como síntomas que presentan:

- a) Pérdida de peso.
- b) Dolores epigástricos difusos, malestar en región supraumbilical.
- c) Náuseas, vómitos.
- d) Melenas. Hematemesis. Para Yves, este es un síntoma importante cuando se presenta, para diferenciarlos de tumores malignos.
- e) Anorexia. Algunos presentan elementos de obstrucción pilórica, debido a la localización de los mismos en la región pilórica.
- f) En ocasiones excepcionales se palpa una masa abdominal. En la Clínica Mayo, de 465 casos presentados radiológicamente en el lapso de 1925 a 1950 en 13 casos (2,81 %) se palpaba una masa abdominal.

Muchos de los síntomas que presentan estos enfermos, pueden ser dados por enfermedades concomitantes con que transcurren, y que pasaremos a estudiar a continuación.

Es muy frecuente la asociación de estos pólipos con gastritis atrófica y/o hipoclorhidria.

Según Hay (9), un 85 % de estos pacientes presentan aclorhidria o hipoclorhidria marcada. Otros autores consideran más alto aún el porcentaje. Pearl, por ejemplo, que en un grupo de 20 pacientes presentados por él, existía un porcentaje de aclorhidria que llegaba a 92 %.

En los casos estudiados por nosotros, en 3 había hipoclorhidria y en 1 aclorhidria, y en 2 no está consignado en la historia.

La anemia perniciosa es otra enfermedad que se presenta concomitantemente. Kaplan, en 1947 encontró un 6,6 % de concomitancia lesional entre pólipos y anemia perniciosa.

En otros estudios realizados por la Clínica Mayo, el porcentaje de concomitancia fue de un 10 %.

Un dato que surge del estudio hematológico de estos enfermos, es la frecuente disminución de su hemoglobina. En los 645 casos presentados por la Clínica Mayo, el 48 % de ellos presentaba una hemoglobina por debajo de 13 gramos.

La concomitancia de úlcera gástrica con la presencia de tumor benigno en la estadística antes citada fue de 5 %.

Métodos de estudio.

Indudablemente la radiología constituye un excelente medio de estudio y es gracias a ella que se llega a establecer el diagnóstico en muchas oportunidades de pólipo gástrico. Los hallazgos radiológicos, a medida que transcurría el tiempo fueron cada vez más frecuentes, por ejemplo:

Carman, en 1920, en 50.000 estudios radiológicos de estómago encuentra sólo 2 pólipos gástricos.

Finesilver, en 1942, en 42.000 descubre 7 casos.

Okergaard, en 1948, en 3.600 encuentra 17 casos.

Kettunen, en 1958, en 14.560 casos descubre la presencia de 37 pólipos gástricos.

Por supuesto que la radiología da el diagnóstico de tumoración intragástrica y que sólo el estudio que surge del acto quirúrgico, así como la certificación por la anatomía patológica, son los que le clasifican dentro de los tumores benignos o malignos. Ya aclaramos al principio que el término pólipo gástrico es anatomorradiológico más que anatomopatológico.

Hay algunos elementos radiológicos que pueden orientarnos, si se trata de un proceso benigno. El estudio roentgenocine-matológico de la motilidad gástrica, nos mostrará una flexibilidad de las paredes gástricas, sin zonas de rigidez, en los tumores benignos. Un estudio bien logrado para la visualización de la mucosa, nos muestra la integridad de la misma.

Para Hay, es importante el tamaño de la tumoración. Insiste en que los pólipos que tengan un diámetro mayor de 2 cm., tienen gran posibilidad de ser malignos. T. Perry presentó dos casos en los que el diámetro de los respectivos pólipos era de 3 cm. y 6,5 cm., en los cuales no se pudo demostrar malignidad.

En cuanto a la gastroscopia, no todos son partidarios de su realización frente a este tipo de tumores. En la estadística de la Clínica Mayo antes citada (465 casos), sólo se efectuó gastroscopia en 38 casos (8,17 %). El diagnóstico de pólipo benigno fue hecho en 28 casos.

En los casos de poliposis gástrica y pólipos únicos de la casuística presentada por nosotros (17 en total), sólo en 5 casos se hizo gastroscopia, de los cuales en 1 no se vio el pólipo que se veía radiológicamente y que existía en el acto quirúrgico. En 2 casos no coincidió la descripción morfológica con los hallazgos operatorios.

Ya vimos anteriormente como se completa el estudio de este tipo de enfermos.

Quimismo gástrico, hemograma completo, dosificación de hemoglobina, investigación de sangre en materias fecales.

Se debe pedir además colon por enema, por si existe una proyección extragástrica que pueda dar imagen de compresión en colon.

Potencial de transformación.

El potencial de transformación de estos tumores benignos es muy variable, según las estadísticas y según el tipo de tumor que presente.

Casey y Hay presentaron en 1948, 71 casos de pólipos gástricos donde el porcentaje de malignidad fue de 7 %. No especifican a que tipo histológico pertenecían.

Pearl, en 37 casos que presentó, la transformación maligna se hallaba presente en el 54 %.

Kade, en 1949, en una serie de 260 casos comprobó malignización en el 13 % de los mismos.

En los adenomas para Patel el porcentaje de malignidad sería de 28 %, según Maingot (14) esta cifra llegaría al 35 %.

Los schwannomas excepcionalmente degeneran.

Tratamiento.

Varía considerablemente según los hallazgos operatorios y a veces según el criterio de los distintos cirujanos.

En el caso de los adenomas, por ejemplo, Paul-Logan sostiene que los pequeños adenomas de apariencia benigna del punto de vista gastrocópico, no deben ser reseca-dos. Edward y Brown opinan que todos ellos deben ser reseca-dos.

El problema que se plantea durante el acto quirúrgico, es si se debe realizar la simple escisión del o de los pólipos, o una gastrectomía. Veremos que casi todos los autores se han puesto de acuerdo.

Por lo general cuando el pólipo es único y pediculado, se está de acuerdo en que lo indicado es la resección amplia de la base de implantación del pedículo.

Cuando los pólipos son múltiples, pero reunidos en una pequeña área de la mucosa gástrica y se confirma su benignidad, por un estudio de congelación, O. Eklöf actúa reseca-do en cuña el sector de la pared gástrica afectada.

Algunos efectúan también resección en cuña cuando el tumor es extragástrico y está fijado al estómago por un pedículo (generalmente a la curvatura mayor).

En múltiples ocasiones, sobre todo cuando los tumores son múltiples y sésiles, se recurre a la gastrectomía subtotal. También se recurre a ella cuando el tumor es de grandes dimensiones y posee un gran pedículo de implantación.

En fin, en algunas oportunidades es necesario recurrir a la gastrectomía total. En los tumores múltiples, cuando está involucrada una gran porción de la mucosa gástrica, es necesario recurrir a ella.

Pronóstico.

De más está decir, que el pronóstico está supeditado a dos grandes hechos:

- 1) Al estudio anatomopatológico completo de la pieza que demuestre su benignidad y/o sus posibilidades de transformación.
- 2) Al tipo de intervención que se efectúe. Frente a esto tenemos las que no dejan ninguna alteración anatómica ni funcional y opuestamente las graves perturbaciones que se producen al tener que tomar como decisión, el efectuar la expresión máxima de las intervenciones gástricas, la gastrectomía total.

RESUMEN

Hemos presentado un caso de hemorragia digestiva cuya causa etiológica fue un pólipo gástrico.

Lo que motiva la presentación, es el hecho de que dicho pólipo ha sido causa de discusión del punto de vista anatomopatológico, ya que no se ha llegado a una correcta identificación del punto de vista histológico. Se terminó catalogándolo como "*raro tumor gástrico*".

Se procedió a efectuar en este caso, una amplia resección de la base de implantación del mismo y a realizar un control alejado de la enferma, que a los 8 meses de ser intervenida se halla en perfectas condiciones.

Se presenta la casuística del Hospital de Clínicas de tumores benignos de estómago, sobre un estudio de 250.700 historias, lo que demuestra que la incidencia de estos tumores sobre las historias registradas es muy baja (8 casos por cada 100.000).

Se exponen al final, consideraciones generales sobre pólipos gástricos.

RÉSUMÉ

Nous avons présenté un cas d'hémorragie digestive dont la cause étiologique fut un polype gastrique.

Ce qui justifie la présentation est le fait que ce polype a été cause de discussion du point de vue anatomo-pathologique vu que l'on est pas arrivé à une correcte identification du point de vue histologique. On a terminé en le cataloguant de "*rare tumeur gastrique*".

On a effectué dans ce cas une ample résection de la base d'implantation dudit et réalisé un contrôle éloigné de la malade qui, à 8 mois de l'intervention se trouve en parfaites conditions.

On présente la casuistique de H. de C. des tumeurs bénignes de l'estomac sur une étude de 250.700 histoires, ce qui démontre que l'incidence de ces tumeurs sur les histoires enregistrées est très basse (8 cas pour 100.000).

En final on expose les considérations générales sur polypes gastriques.

SUMMARY

A case of digestive hemorrhage traced to a gastric polypus is reported upon.

Its presentation is prompted by the fact that its occurrence gave rise to differing pathological reports, with no agreement on definite histological identification. The case was eventually labelled as a "*rare gastric tumor*".

The procedure involved an extensive resection of the implantation site and a long term follow-up of the patient, whose recovery was complete—by the 8th post-operative month.

A survey of 250.700 cases of benign gastric tumors shows that the incidence for the foregoing tumors is very low (8 cases per 100.000).

A general discussion of gastric polypus is finally carried out.

BIBLIOGRAFIA

1. ANDERSON, W. A. D. *Tratado de patología*, T. II: 3ª edición, pág. 895-897, 1962.
2. ARDAO, H. y AGUIAR, A. *La adenomatosis gástrica. Cirugía del estómago*. Publicación de la Clínica del Prof. A. Chiflet. Pág. 131, 1956.
3. ASCHOFF, L. *Tratado de anatomía patológica*, T. I: pág. 651, 1950.

4. AVERY, J. y GUMER, J. W. P. *Tumores gástricos benignos. Gastroenterologia clínica*, 178, 1963.
5. CARLSON, E. and GUY WARD, J. Inflammatory Gastric Polyps. *A. J. of Surg.*, 99: 352, 1960.
6. EKLÖF, O. and ERIKSSON, E. *Acta Chirurgica Scandinava*, Suppl. 255, 1960.
7. GRAFE, W. Benign Neoplasm of the Stomach. *A. J. of Surg.*, 100: 561, 1960.
8. GOSSET, J. Tumores benignos del estómago. *Patología quirúrgica*, V: 503.
9. HAY, J. and CAREY, J. Gastric Polyps. *Gastroenterology*, 10: 102, 1948.
10. HORN (JR.), R. C. Carcinoid Tumors of the colon and rectum. *Cancer*, 2: 819-837, 1949.
11. HUPPLER, E. and PRIESTLEY, J. T. Diagnosis and result of treatment in gastric polyps. *Surg. Gynec. and Obst.*, 110: 309, 1960.
12. LATTER, R. and GROSSI, C. Carcinoid Tumor s. *Cancer*, 9: 698-711, 1956.
13. LEMMER, K. and MADISON, S. Carcinoid Tumors of the Stomach. *Surgery*, 12: 378-382, 1942.
14. MAINGOT, R. *Tumores benignos del estómago. Operaciones abdominales*, I: 497, 1957.
15. MINUES y GESCKICKER. Citados por Maingot, R.
16. PLAUT, A. Carcinoid of stomach. *Arch. Path.*, 28: 712-715, 1939.
17. PERRY, T. Polypoid adenomas of the stomach. *Amer. Journ. of Surg.*, 101: 440, 1961.
18. YARMIS, H. and FRIEDMAN, A. I. Gastric Polyps. *J. Ama.*, 148: 1088, 1952.