

Neoplasma gástrico doble. Gastrectomía total

Dr. MILTON E. MAZZA BRUNO, Br. JULIO LOPEZ y Dr. JUAN A. PRAVIA *

CASO CLINICO

B. R. S., sexo masculino, 61 años. Ingresa al Servicio de Gastroenterología del Hospital Pereyra Rossell por molestias epigástricas postprandiales.

Su *enfermedad actual*, data de 3 meses. Desde esa fecha el paciente acusa sensación de distensión epigástrica que se presenta en general después de las ingestas. Tal distensión se alivia con eructos o pasados algunos momentos de la ingesta por emisión de gases, precedidos de ruidos hidroaéreos. La distensión se aumenta con el decúbito dorsal o con la marcha.

No relata anorexia ni astenia. Discreto adelgazamiento. No episodios de hemorragia digestiva.

Antecedentes. Sin particularidades.

Examen. Buen estado general. Piel y mucosa algo pálidas. El resto del examen clínico es totalmente negativo.

Exámenes complementarios.

1) *Esófago-gastroduodeno.* En dos exámenes se comprueba a nivel del antro gástrico una imagen de falta de relleno con el aspecto de una neoformación de naturaleza probablemente benigna.

2) *Gastroscoopia* (Prof. M. Monteavaro, Dr. Abreu). Se observa en el sitio donde debería estar el pilar anterior del diafragma una gran pérdida de sustancia cubierta de exudado blancuzco. Esta gran úlcera está rodeada de nódulos de diferente tamaño y tiene sus bordes sumamente levantados y congestivos dando un aspecto de rudeza y rigidez. En el antro la mucosa es pálida y atrófica. Se observa en pequeña curva antral una masa como una nuez de superficie rugosa que tapa parcialmente el orificio pilórico que tiene aspecto normal. Impresión gastroscópica: neoplasma ulcerovegetante de antro y cuerpo gástrico.

3) *Quimismo gástrico.* Curva de marcada hipoclorhidria con signos de gastritis e hiposecreción.

4) *Exámenes generales.* Hemograma: glóbulos rojos, 4.300.000; glóbulos blancos, 6.700. Proteinograma: alb. 4,02 gr./lt. E.C.G.: arritmia sinusal de 78 c.p.m.; ligeras anomalías de ST por esclerosis coronaria.

Con los datos suministrados por el gastroduodeno y la gastroscoopia se decide la intervención quirúrgica con diagnóstico de carcinoma gástrico.

Protocolo operatorio (1º de setiembre de 1970). Cirujano: Dr. Mazza. Ayudantes: Dr. Pravia, Ptes. López y Solezi. Anestesia general: Dr. Doassans. Mediana supraumbilical.

Exploración. No hay ascitis. Hígado sano. Douglas, sin particularidades. En el estómago se comprueban

dos lesiones. Una sobre la pequeña curva invadiendo la cara anterior del cuerpo. El borde superior de la lesión llega hasta unos 3 cm. del cardias. Exteriorizada en la serosa. Se trata claramente de un carcinoma. En el antro gástrico se aprecia una neoformación vegetante, bastante móvil, que no invade la serosa, de unos 3-4 cm. Adenopatías en el grupo coronario exclusivamente.

Táctica. Por la extensión y topografía de la lesión alta, la única posibilidad técnica y cancerológica en una gastrectomía total. Dado que no existen elementos de extensión locorregional que determinen claramente el carácter paliativo de la misma, se considera que la gastrectomía total está plenamente justificada.

Procedimiento. Gastrectomía total incluyendo gran y pequeño epiplón con ligadura de la coronaria en su origen. Sección del duodeno a 2 cm. del píloro. Amplia movilización duodenopancreática. Se comprueba que el duodeno llega sin la menor tracción a contacto del esófago. Se restablece la continuidad digestiva mediante anastomosis de esófago a duodeno, practicada en un plano con seda 0, a puntos separados tomando total en esófago y extramucosos en duodeno. Quema sonda de Levine transanastomótica.

Evolución postoperatoria. Sin incidentes. Alta al 10º día. Un estudio contrastado practicado al mes de operado, mostró el excelente funcionamiento de la anastomosis (fig. 1).

CONCLUSIONES

Nuestra observación merece algunos comentarios, en relación con aspectos clínicos, anatomopatológicos y de táctica quirúrgica.

1º) *En el plano clínico,* destacamos el interés de la gastroscoopia, examen al que quizá se recurre poco en nuestro medio, pero que rinde grandes servicios como en este caso, mostrando una lesión grosera que no había sido evidenciada por la radiología.

2º) *En el plano anatomopatológico,* la observación presenta aspectos inhabituales. He aquí el estudio de la pieza de exéresis (Br. López): estómago de tamaño y forma dentro de lo normal, de 20 × 8 cm.; en la parte media de su cara anterior e invadiendo pequeña curva presenta una tumoración firme, dura, de 5 × 6 cm., con la serosa depulida, lisa, regular, color

Trabajo del Centro de Gastroenterología del Hospital Pereyra Rossell (Prof. C. Muñoz Monteavaro). Presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay el 7 de octubre de 1970.

* Asistente de Clínica Quirúrgica (Facultad de Medicina de Montevideo); Practicante del Ministerio de Salud Pública; ex Adjunto de Clínica Quirúrgica (Facultad de Medicina de Montevideo).

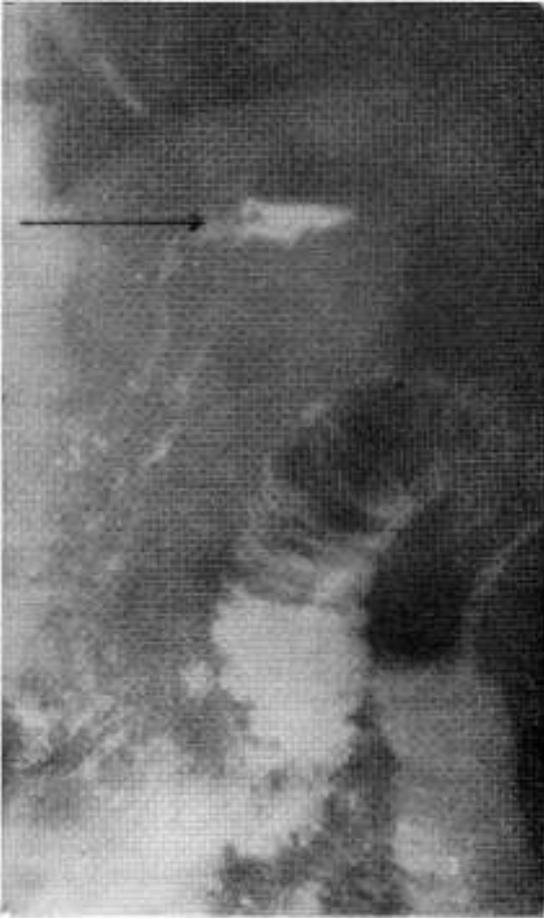


FIG. 1.—Radiografía postoperatoria. Se observa la anastomosis con una pequeña imagen pseudodiverticular y el duodeno dilatado a la izquierda de la columna.

blanco grisáceo. Epiplón de 20×15 cm. sin adenopatías. Abierta la pieza (fig. 2), se encuentra una tumoración (A de la figura 2), en el lugar descrito, plana, mesetiforme, de bordes irregulares, sobreelevados, ligeramente ovoidea, de 6×5 cm., con una ulceración central de 2 cm. de diámetro; el borde superior llega hasta 3 cm. del cardias.

En cara anterior del antro pilórico se observa otra tumoración de tipo polipoide (B de la figura 2), con una base de implantación de 3×2 cm. y 2 cm. de altura, blanda, friable, color gris rosado brillante. La separan del anillo pilórico 2 cm. de mucosa gástrica macroscópicamente normal. Resto del estómago con pliegues conservados y sin otras alteraciones.

La sección transversal de la pared nos muestra: a) En la lesión alta (A), una gran tumoración sólida, aplanada, blanco amarillenta, firme, con un rodete infiltrante marginal de 2 cm. de espesor y con una zona central ulcerada de 0,5 cm. de espesor. Toma todas las capas, estando interrumpida la muscular. b) En la lesión del antro (B), formación polipoide con partes submucosas de aspecto mucoso; no hay interrupción de la capa muscular. c) En la vecindad de la tumoración alta se describen dos pequeñas adenopatías de 8 y 10 mm blanco sólidas.

En los cortes estudiados se observa: la lesión alta (A) corresponde a un adenocarcinoma glanduliforme (fig. 3) con células hipercromáticas, pleomorfas, y con un denso estroma de sostén. La lesión baja (B) corresponde por el contrario a un carcinoma mucinoso (fig. 4), que no invade la muscular con típicas células en anillo de sello.

En otro aspecto del mismo tumor (fig. 5) se observa el carácter infiltrante del tumor y grandes lagos mucíparos en cuyo seno flotan islotes con células carcinomatosas.

En la figura 6 se observa una zona de carcinoma "in situ" o intraepitelial en un sector de mucosa vecina al carcinoma mucinoso.

Las adenopatías presentan infiltración carcinomatosa.

La observación de una lesión carcinomatosa doble en el estómago es excepcional.

Las lesiones malignas múltiples del tracto gastrointestinal siguen en frecuencia a las de la piel (4).

Brindley y col. (1), refieren 23 casos de carcinomas gástricos múltiples estudiados en la Mayo Clinic entre 1932 y 1941 y agregan un nuevo caso con cuatro carcinomas en el estómago.

De todos los enfermos autopsiados con tumores múltiples malignos primitivos, las lesiones gástricas múltiples representan el 2,8 % (4).

Rickles (3) relata una observación con cinco carcinomas gástricos.

O'Brien y Oppenheim (2) agregan dos nuevos casos a la casuística.

3º) En el plano de la táctica quirúrgica señalamos:

—Que la gastrectomía total de necesidad es una operación perfectamente indicada

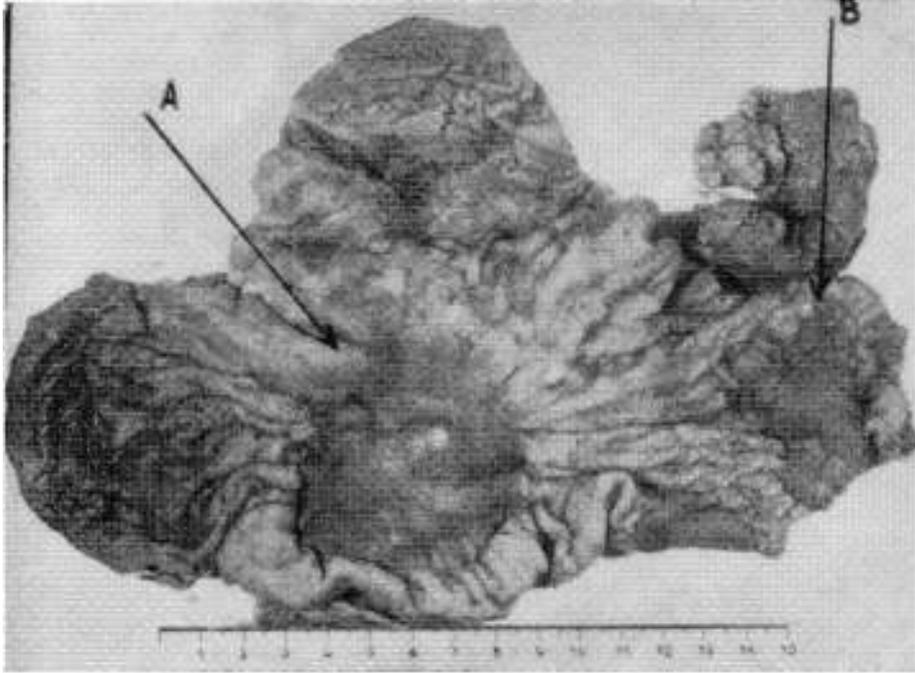


FIG. 2.

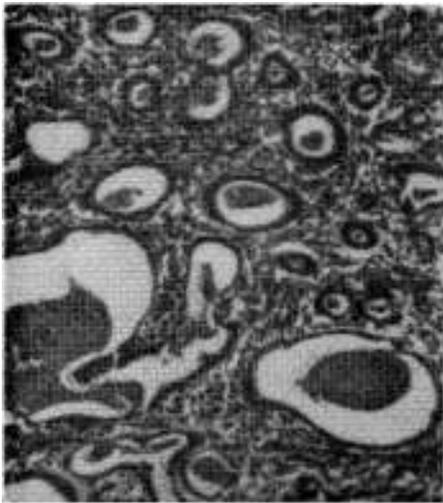


FIG. 3.— Aspecto de carcinoma glanduliforme.

a condición de que no sea ostensiblemente paliativa, en cuyo caso, salvo en presencia de hemorragia masiva, no debe efectuarse.

—La modalidad de reconstrucción del tránsito (anastomosis esofagoduodenal) nos parece debe ser tenida en cuenta, como un procedimiento fisiológico y simple. Es evidente que sólo es posible en presencia de condiciones locales favorables, que permi-

tan una correcta aproximación de los cabos anastomóticos sin tensión. En ese sentido destacamos el interés de una amplia movilización duodenopancreática llevada hasta la 3ª porción del duodeno.

La anastomosis en un plano confiere gran sencillez a la confección de la sutura sin afectar la seguridad de la misma.

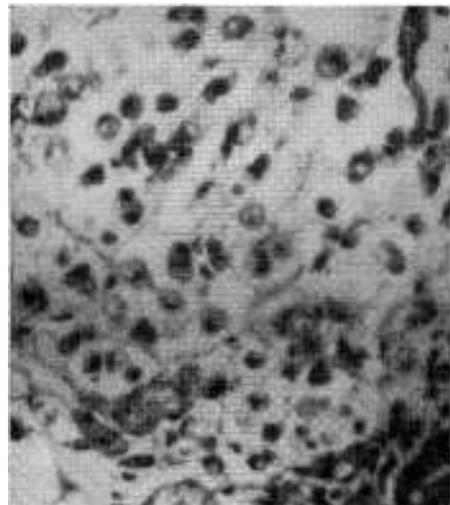


FIG. 4.— Carcinoma mucinoso con células en anillo de sello.



FIG. 5.—Se aprecia el carácter infiltrante y lagos mucinosos con islotes de células neoplásicas.

RESUMEN

Se presenta una observación de carcinoma gástrico doble, tratado con éxito inmediato por gastrectomía total y anastomosis esofagoduodenal.

RÉSUMÉ

Présentation d'une observation remarquable de double carcinome gastrique, traité avec résultat positif immédiat grâce à une gastrotomie totale et anastomose duodéno-oesophagienne sur un plan.

SUMMARY

An extremely rare case of double gastric carcinoma was treated with good immediate results through total gastrectomy and esophago-duodenal anastomosis in one.



FIG. 6.—Carcinoma "in situ" en un sector de la mucosa vecina al carcinoma mucinoso (tendencia carcinogénica).

BIBLIOGRAFIA

1. BRINDLEY, G. V., DOCKERTY, M. B. and GRAY, H. K. Multiple primary malignant tumors. *Proc. S. M. Mayo Clinic*, 18: 193, 1943.
2. O'BRIEN, J. P. and OPPENHEIM, A. Multiple carcinoma of the stomach. *Ann. Surg.*, 128: 1184, 1948.
3. RICKLES, J. A. Multiple carcinoma of the stomach. *Surgery*, 19: 229, 1946.
4. WORREN, S. and GATES, O. Multiple primary malignant tumors. *Am. J. Cancer*, 16: 1358, 1932.