

Cáncer de estómago

*Dr. NESTOR B. TURCO **

Hay dos posiciones básicas en el enfrentamiento al problema del cáncer digestivo. Uno de orden general: en 1972 nadie debe emprender la lucha contra el cáncer, sin las nociones

Cirujano de la Escuela Quirúrgica Municipal para Graduados. Hosp. Rawson. Buenos Aires, Argentina.

Conferencia pronunciada en el XXIII Congreso Uruguayo de Cirugía. Salto, noviembre de 1972.

modernas de la oncología, es decir, las bases biológicas y funcionales, los conocimientos actuales de la biofísica molecular, la genética, la cinética celular, la inmunología específica o no, etc. Otro de orden estrictamente quirúrgico: Collier y Mc Neer, patólogos de la Clínica Mayo, llegan a afirmar que la única operación radical para el cáncer de estómago, es la gastrectomía total, agregando la duodenopancreaticectomía, es decir, la extirpación del mesogas-



FIG. 1.— Movilización de la primera porción duodenal (maniobra de Vautrin Kocher ampliada).

trio posterior y parte del intestino medio. Es cierto que seguramente es material necrótico, pero sin embargo, está de acuerdo con las bajas cifras de sobrevivencia y el escepticismo que todos tenemos al pretender hacer cirugía radical. ¿Habrà llegado acaso el momento de la decadencia de la cirugía por cáncer?

En la República Argentina se tabulan alrededor de 6.000 nuevos casos de cáncer de estómago por año, de los cuales la mitad está condenado a la muerte.

El cáncer de estómago se origina en la mayoría de los casos en las células mucígenas y tiene una historia natural muy conocida. Su evolución está signada por la relación huésped tumor y por la localización en la encrucijada linfática que recoge el abdomen inferior y traslada al tórax y a la gran circulación.

¿Puede dar aún más el tan pregonado diagnóstico precoz? Las técnicas mejoran día a día: endoscopia, citología, nueva radiología, contrastes arteriales o venosos, bioquímica del

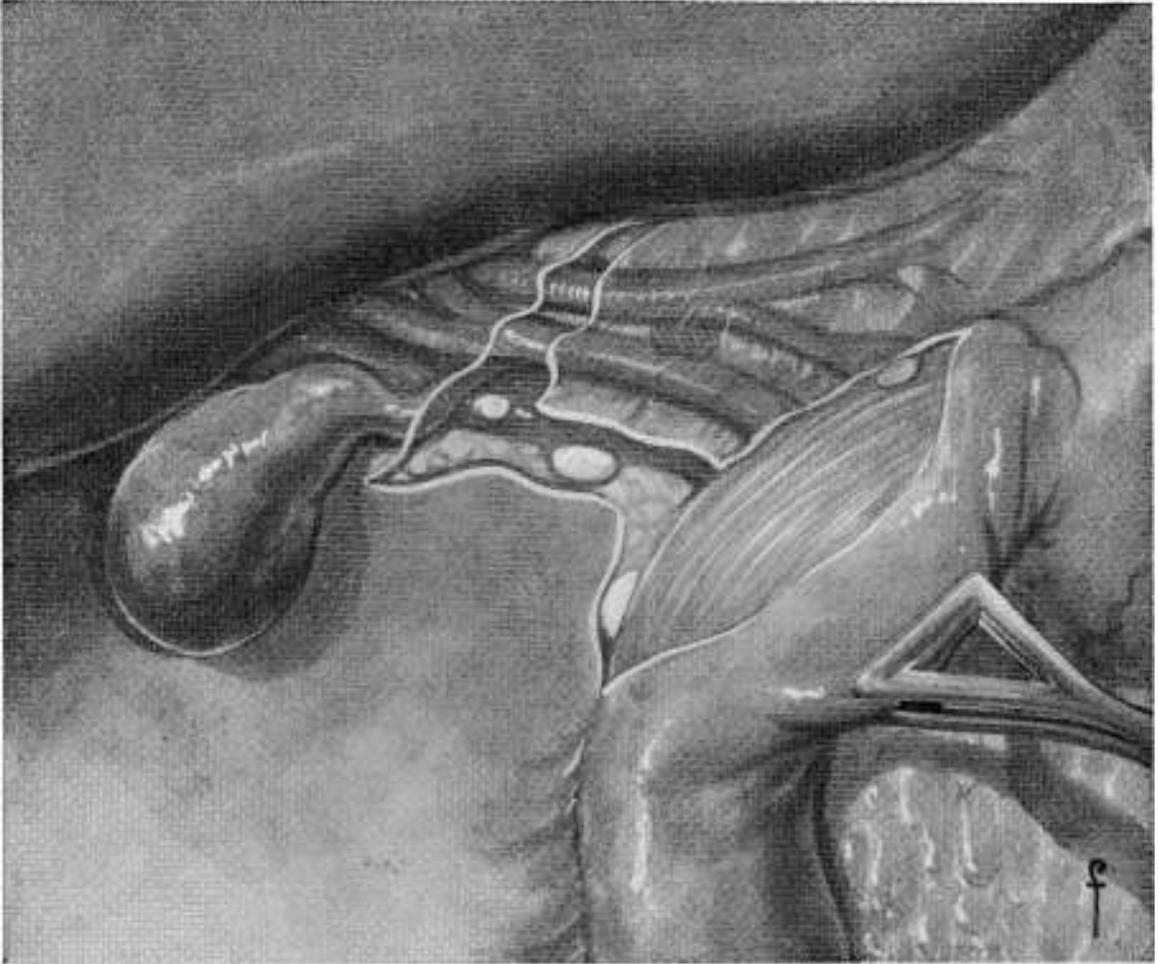


FIG. 2.—Ganglios del pedículo hepático.

cáncer, la enfermedad paraneoplásica, radioisotopos, información genética, los procesos de búsqueda inmunitaria de sensibilidad retardada, reacción al injerto, etc.

¿Pero existe el cáncer precoz clínico? La citogénesis nos muestra que el número celular es ya enorme cuando el tumor tiene apenas un milímetro de tamaño. La búsqueda del cáncer in situ es aún una utopía en la patología de estómago. Lo mismo diría del llamado estado precanceroso (gastritis atrófica, poliposis, úlcera, etc.).

¿Qué queda pues para el cirujano? ¿Qué debe hacer desde su modesto bastión, es decir, el acto operatorio? Es evidente que en el tiempo operatorio, la técnica quirúrgica debe estar al servicio de todos los conocimientos actuales: la cirugía aséptica y antiséptica pro-neoplásica. La contaminación celular no es un enemigo fantasmal; contra él hace falta el manejo sin fuerza ni tracción, la ligadura previa o temporal de las vías aferentes, la protección de los bordes laparotómicos, el uso de los citostáticos locales, y en el orden general, los citostáticos endoviscerales o intravenosos en el acto (de preferencia ciclosfosfamida 250

mg. o 5 FU 10 mg. kilo peso por vía venosa o arterial). Al final, tanto en los casos inoperables como los de resección paliativa, practico la canalización de la vía portal (por la vena umbilical o epiploica) o arterial: directamente la arteria hepática o por medio de una colateral, habitualmente la gastroduodenal o pilórica.

El uso de los colorantes vitales (patent blue) para individualizar adenopatías es útil, pero exige un afinamiento de la técnica para evitar errores; la linfografía poco ha dado en el abdomen superior.

Tengo mis dudas sobre la real eficacia del llamado second look preconizado por Wangenstein. Por pedido personal me contesta Soler Roig que la traducción española es "operación de revisión". Practicado en 20 casos sólo sirvió para confirmar el proceso de avance neoplásico. El cáncer debe ser tratado agresivamente y lo más rápidamente posible.

Como lo indicara Ricardo Finochietto la operación debe comenzar con la llamada exploración concéntrica, empezando por los límites alejados: abdomen inferior, alerones del rec-

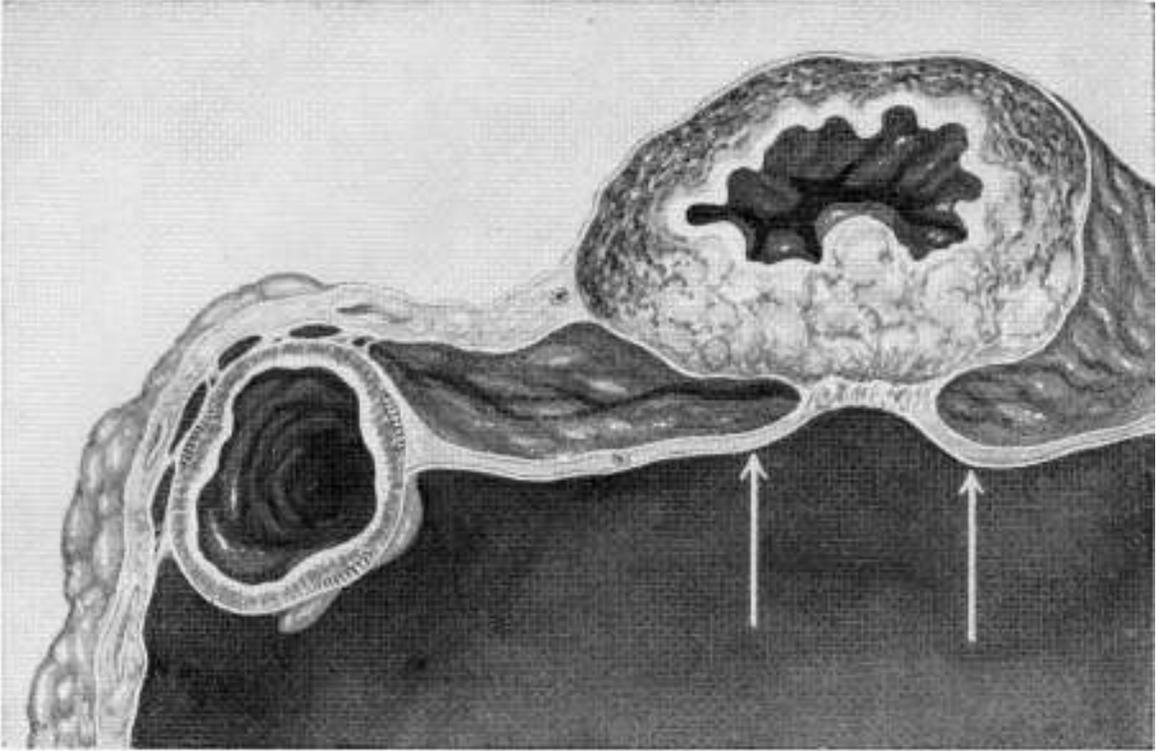


FIG. 3.—Remache simple gastropancreático.

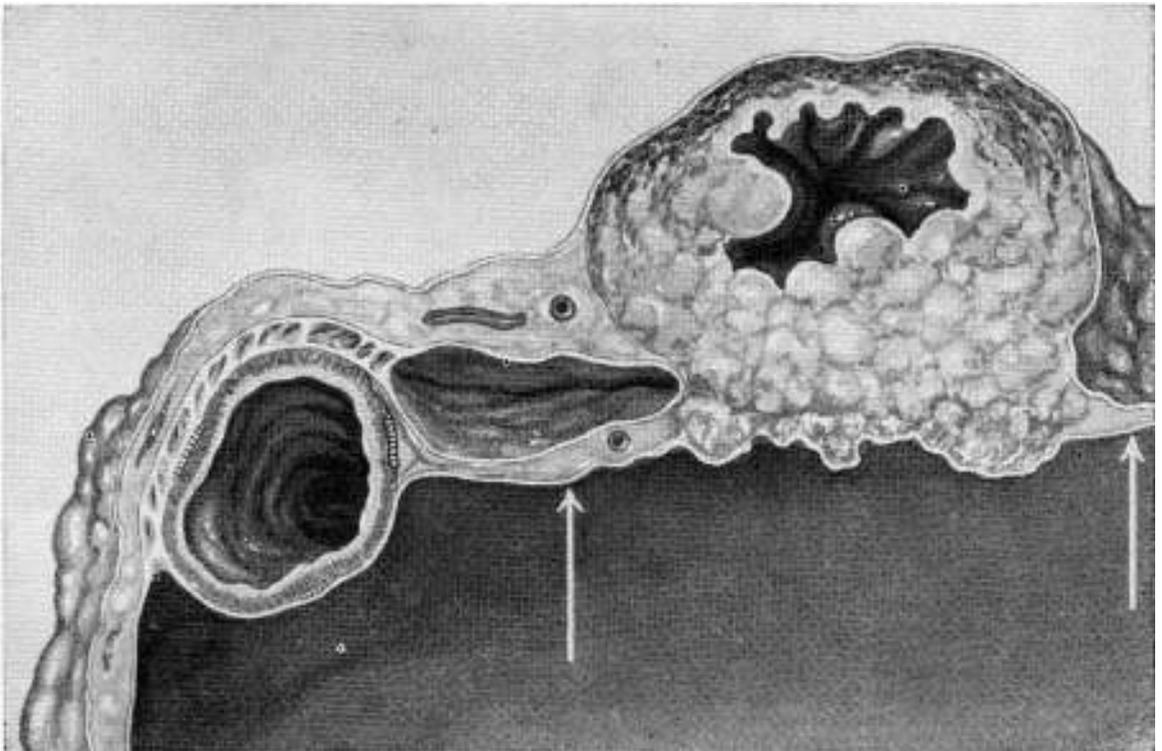


FIG. 4.—Remache gastropancreático atravesado por conglomerados neoplásicos.

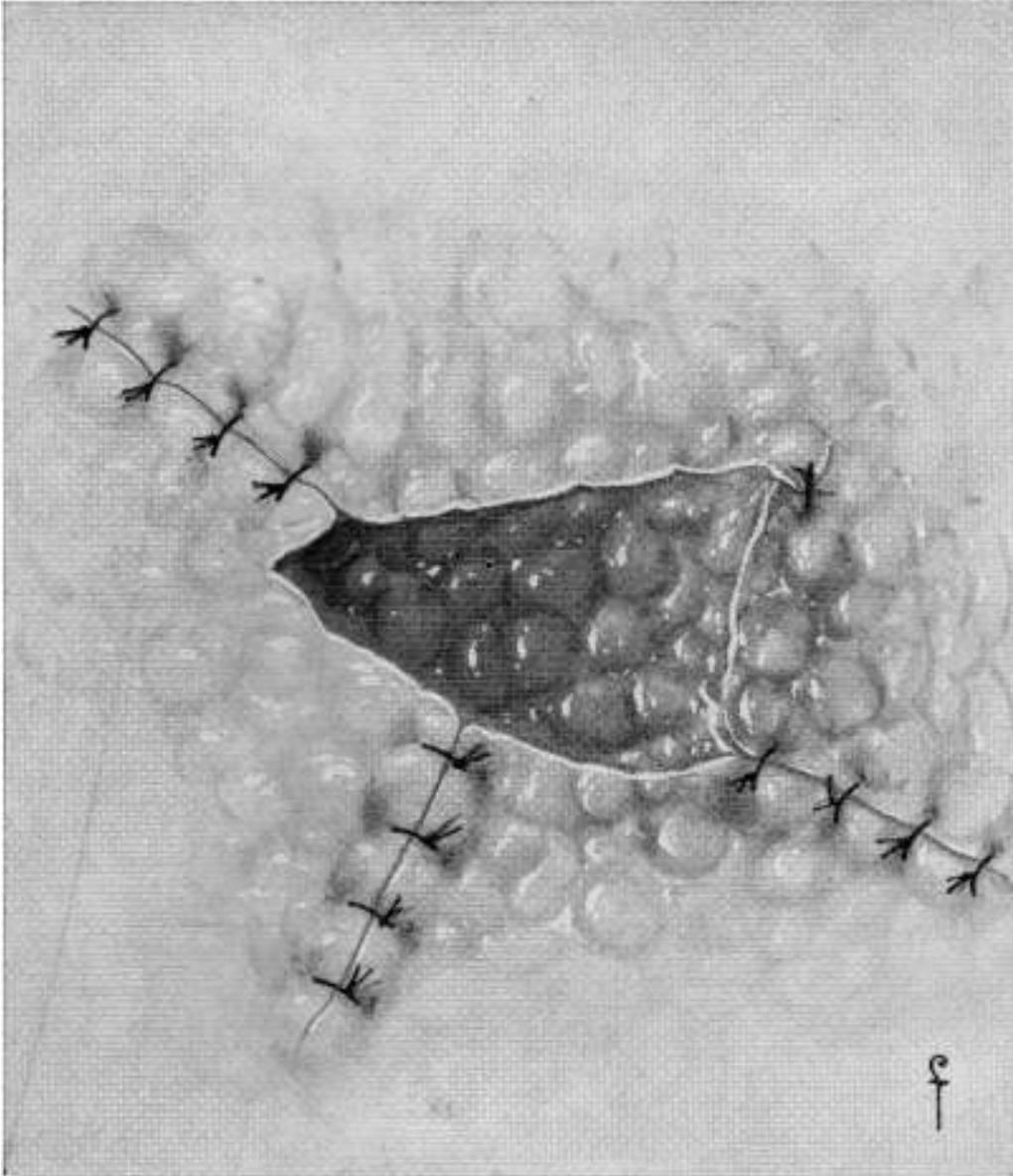


FIG. 5.—Sutura parcial de una extirpación parcial del páncreas.

to, Douglas, retroperitoneo, raíz del mesenterio, y luego ambos hipocondrios, el hígado en especial.

Entre el dedo pulgar y la mano uno por uno de los segmentos del hígado. La intervención comienza con movilización del duodeno (fig. 1) y examen del pedículo hepático; los ganglios de esa zona son los "parientes pobres", según la feliz expresión de los franceses (fig. 2). Pero un ganglio invadido allí abandonado es causa de precoz obstrucción coledociana; el neoplásico gástrico resecaado que hace una ictericia a uno o dos meses, ha sido mal operado. La exploración sigue con la entrada a los resquicios del mesogastrio posterior: maniobra de Hymann (movilización es-

plenopancreática) vasos epiploicos (asa de Henle) retropáncreas por su borde inferior, llegando a la encrucijada portomesaraica. Tronco celiaco y sus ramas, ganglio de la arteria hepática, placa hiliar, ganglios subpilóricos y exploración del polo superior: esto exige la disección de la pars condensa superior dando acceso a los ganglios pericardiales. Esta exploración y la conservación del pedículo gástrico posterior (símil a la cardiotuberositaria anterior) permite optar por la gastrectomía total sólo de necesidad y no de elección. Esta conducta está avalada por la experiencia: los riesgos de una gastrectomía total y su alta morbimortalidad no están compensados por la buena cirugía oncológica.

El cirujano se hace juez del futuro del paciente cuando decide o no reseca el tumor. La discriminación de tan trascendente conducta debe estar basada en parámetros bien definidos. Ideas claras respecto a la invasión de los órganos vecinos: colon o vasos cólicos permite una serie de recursos útiles. El mesocolon puede estar infiltrado formando lo que Finochietto llamaba remache simple (fig. 3) o atravesado por el tumor (fig. 4). Lo mismo del páncreas (fig. 5) o hígado: la segmentectomía o la metastasectomía a dedo, me parecen mejor que la hepatectomía reglada. La ligadura de la arteria hepática como lo sugiere Couinaud es un recurso a considerar; en el neo inoperable lo mismo la infiltración local intratumoral con endoxan, mientras esperamos usar la fisioterapia intersticial.

Una operación útil es la esofagoyeyunostomía en el cáncer alto no reseca. Lo mismo el uso de la piel total para proteger las suturas; la gran mortalidad en la cirugía del cáncer gástrico la dan las pérdidas por las suturas.

El terreno de los citostáticos está aún por recorrer. He tenido espectaculares remisiones usándolos por vía arterial directa (hepática).

La inmunoterapia es aún una esperanza de luz en el horizonte. ¿Pero quién no es atraído por la esperanza?

Se acostumbra al final hablar de cifras y estadísticas.

Las aquí mostradas son del Servicio de la Escuela Quirúrgica Municipal para Graduados del Hospital Rawson de Buenos Aires. Se destaca el alto número de casos inoperables, la alta mortalidad de la gastrectomía total (de necesidad) y los magros resultados de supervivencia estadística.

¿Cuál puede ser el camino de nuestros días? ¿Qué debemos dejar para las generaciones sucesivas?

El cirujano practica un arte; debe ser pues un artista y además un artesano. Desempeñar su papel con todos los perfeccionamientos de la técnica.

Pero además es un científico; debe acceder al gran campo de la investigación y del progreso de la época que le toca vivir. Debe estar bien informado y llevar esa información a la realidad. El investigador puede encerrarse en su frontera, pero el cirujano como que es médico, debe llevar su batalla a la intimidad del hombre y esa es su meta. La ciencia, la conciencia y el alma.