

EL DIAGNOSTICO DEL CANCER GÁSTRICO INCIPIENTE

Prof. Domingo PRAT

Presentado a la Sesión del 28 de Mayo de 1941

El diagnóstico del cáncer gástrico (C. G.) incipiente, vale decir, el diagnóstico hecho a tiempo para que el tratamiento quirúrgico pueda ser eficaz, constituye uno de los problemas más difíciles y angustiosos de la clínica quirúrgica.

Es en esta disciplina médica, donde se pone bien de manifiesto la impotencia profesional, para realizar oportunamente el diagnóstico del cáncer gástrico inicial, al punto que, sobre cada cuatro casos de cáncer del estómago, solamente en uno puede tentarse una intervención radical; estadística desoladora pero superior, a la que aceptamos más corrientemente y que parece confirmar la práctica, de que en cada 10 casos de C. G. sólo en uno se puede tentar una operación radical y eficaz.

La experiencia clínica universal ha comprobado plenamente *que el diagnóstico del C. G. incipiente, realizado en seguida de su iniciación, parece ser una práctica clínica, muy difícil o irrealizable, aunque el paciente sea observador y de conciencia el médico.*

Si pretendemos analizar los hechos que justifican y fundamentan estas conclusiones, nos encontramos con las siguientes comprobaciones aceptadas ya, en la práctica.

Generalmente el C. G. se presenta en la clínica como una lesión inoperable. — Para la mayoría de los cirujanos, de cada 4 casos de C. G. se puede operar 1 caso con éxito, según otros, sólo cada 6 a 8 casos es practicable el tratamiento radical en un solo caso y para algunos cirujanos, establecen la relación de 1 a 9.

La estadística del C. G. realizada en nuestra clínica durante 10 años, ha dado: 139 casos de C. G., de los cuales, *106 casos en el hombre y 33 en la mujer.* De los 106 casos de C. G. en el hom-

bre, 66 eran inoperables, la mayoría con metástasis, de los cuales fallecieron 13 casos en el Servicio poco después de su ingreso.

27 casos fueron tratados con una celiotomía exploradora o una gastroenterostomía paliativa.

Sólo en 13 casos, el 12 %, se pudo realizar una gastrectomía, pero en algunos enfermos las lesiones eran tan avanzadas, que en estos 13 casos, tuvimos 8 curas operatorias y 5 fallecidos.

En los 33 casos de C. G. en la mujer, 21 casos eran inoperables, 9 casos fueron tratados por una celiotomía exploradora o una gastroenterostomía y sólo en 3 casos, 9,9 % se pudo realizar una gastrectomía, con una cura operatoria y 2 casos fallecidos.

En resumen, 139 casos de C. G. con sólo 16 casos en que se pudo tentar el tratamiento radical, lo que quiere decir, *que se pudo operar 1 caso cada casi 9 pacientes*, lo que viene a confirmar el concepto de extraordinaria inoperabilidad de la población hospitalaria, del C. G. en nuestro país, dado que según nuestra estadística, da el 89 % de inoperabilidad y el 11 % de operabilidad. No se pueden pedir resultados más desalentadores y decepcionantes.

Estos son los resultados que la estadística establece para nuestra Clínica. Sería muy conveniente que todos los servicios de Cirugía realizaran también sus estadísticas a fin de establecer cantidades totales del C. G. en nuestro país, con datos de la mayor precisión.

Según Friedenwald, de la Clínica de mayo, en 1914, sobre 1000 casos de cánceres gástricos, la resección sólo fué posible en el 3.3 %. Entre 1910 y 1918, en 1408 casos de C. G. la resección fué practicada en el 20 %. Entre 1920 y 1925, sobre 2800 casos la cantidad de gastrectomías fué el 25 %, proporción que no ha variado hasta la fecha. (Citado por Bonorino Udaondo).

Nuestra práctica en la clientela privada, confirma en pequeña escala, lo que ocurre en la asistencia hospitalaria, aunque la cantidad de pacientes inoperables, no es tan elevada, (4 gastrectomías en 10 casos), lo que nos ha permitido obtener varios casos de curación de C. G. por gastrectomía, con 2,3 y 4 $\frac{1}{4}$ años de sobrevida y contamos con dos casos con 9 y 16 años respectivamente, de persistente curación.

Nuestra última serie de 10 casos se descompone así: en 6

casos como inoperable 2 celiotomías de exploración y 4 gastroenterostomías paliativas. Se realizaron 4 gastrectomía, una que falleció pocos días después de la operación; de las otras tres, un caso vivió 4 $\frac{1}{4}$ años, otro 2 $\frac{1}{2}$ y otro 1 año.

Anualmente he realizado en ciudad, alrededor de unas 10 a 15 consultas por C. G. inoperable, que en 10 años representan unos 100 a 150 casos más de C. G. inoperable, que deben agregarse a la estadística de los enfermos condenados irremediablemente.

La *latencia* en la evolución del C. G. y la *imposibilidad de poder establecer un diagnóstico de la lesión inicial*, son los dos elementos que contribuyen a obtener tan desastrosos resultados en el tratamiento de esta temible localización del cáncer. La localización del C. G. en las paredes de este órgano, fuera de los orificios, tiene generalmente una evolución sigilosa, latente y cuando se pone en evidencia, ha adquirido ya proporciones irreparables.

Quiere decir pues, que *fatalmente un determinado número de C. G. latentes, cuyo número no podemos precisar, se presentarán al clínico, en estado de inoperabilidad. Además, el diagnóstico del C. G. incipiente es muy difícil de asegurar, por la imprecisión e inseguridad de los síntomas del comienzo y por eso, el diagnóstico clínico sólo puede ser de presunción.*

Si tratamos de investigar y sintetizar las causas que originan el retardo del diagnóstico del C. G. incipiente y su tratamiento oportuno, cuando la gastrectomía tiene grandes probabilidades de tener éxito, encontramos que tres son las razones fundamentales. En un 15 a 20 % de los casos de C. G. esta afección evoluciona en una forma silenciosa o latente, en que el enfermo no tiene molestia alguna y cuando la lesión se manifiesta, es cuando ella ha adquirido un gran desarrollo y es ya inoperable. En estos casos *es la misma enfermedad la causante de que la lesión no se haya diagnosticado ni tratado antes.*

En otro grupo de enfermos que oscila entre el 25 y el 30 % de los casos, son los mismos pacientes los que impidieron el diagnóstico y por lo tanto, toda posibilidad de tratamiento; porque a pesar de haber tenido molestias y síntomas, no han acudido al médico. En este segundo grupo son *los mismos pacientes los causantes del diagnóstico tardío y la falta de un tratamiento oportuno.*

Finalmente, una cantidad de pacientes de C. G. que repre-

senta el grupo más numeroso, puesto que varía entre el 40 y 50 % de los casos, en que el retardo del diagnóstico y el tratamiento del C. G., se debe al médico, que por no haber pensado de inmediato en el C. G., porque los síntomas no eran claros y evidentes, se perdió tiempo con exámenes y tratamientos inocuos, mientras la lesión cancerosa evolucionaba rápidamente, perdiendo así la oportunidad de un diagnóstico incipiente y lo que es peor, haber perdido un tiempo precioso y tener que realizar la gastrectomía cuando el cáncer había adquirido un gran desarrollo. En esta circunstancia, *es el médico el principal responsable de que el diagnóstico y el tratamiento oportunos del C. G. no se hayan realizado a tiempo y oportunamente.*

Quiere decir, pues, que en el retardo del diagnóstico del C. G. incipiente, hay tres causas fundamentales, de las cuales, la primera o sea la *latencia de la enfermedad*, parece ser fatal y muy difícil de modificar sus consecuencias, por más que nos preocupemos. La segunda, vale decir, el descuido y abandono por parte del enfermo, puede ser modificado y corregido favorablemente, si nos preocupamos activamente de realizar una propaganda práctica e inteligente en el público, con el fin de establecer una severa profilaxis contra el C. G. En este sentido son muy significativos y demostrativos los cuadros gráficos del Instituto Experimental para estudio y tratamiento del Cáncer, que dirige el Profesor Roffo, donde puede comprobarse, que hace 15 años, en 1924, los pacientes cancerosos que acudían al Instituto, con más de 6 meses de evolución del cáncer, alcanzaban al 81.75 %, y que en el año 1939, los cancerosos, atendidos en ese mismo Instituto con más de 6 meses de evolución del cáncer, sólo representaban el 16.53 %.

He aquí un triunfo inicial, que representa un magnífico resultado de la lucha social contra el cáncer. En lo que respecta a la tardanza y retardo del diagnóstico del C. G. incipiente, por culpa del médico, esto representa un problema fundamental para la clase médica, donde va involucrado todo su decoro y reputación. Es de capital importancia que médicos y cirujanos adquieran práctica y experiencia en el diagnóstico del C. G. incipiente, con enseñanzas y disciplinas especiales para llenar correctamente y a conciencia esta función, y tener muy presente siempre que en materia de patología gástrica, toda dispepsia por trivial que sea,

después de los 40 o 50 años, debe hacer pensar fundamentalmente en el C. G., para investigarlo y pesquisarlo con todo cuidado y dedicación. *Esta conclusión, debe representar un dogma o principio, de patología gástrica, en los pacientes de más de 40 años.*

Debemos hacer honor a la vocación de nuestra ciencia y de nuestro arte y para ello no podemos aceptar la infamante inculpación de que no podemos salvar a los pacientes de C. G. porque no sabemos diagnosticar la lesión oportunamente. Trataremos de establecer aquí las directivas profesionales a que debemos someternos para cumplir con nuestro deber profesional en el C. G.

Los profesionales y clínicos aceptan unánimemente *la falta de valor positivo y la insuficiencia de la semiología clínica* del C. G. incipiente. La sintomatología clásica representada por la dispepsia inicial, manifestada por la *impresión de plenitud, pesantez y malestar después de las comidas*, a veces, con eructos y regurgitaciones, son signos triviales, que sólo pueden representar cierta presunción diagnóstica en pacientes de edad avanzada, de 50 a 60 años. Esta dispepsia, suele acompañarse de *falta de apetito, sin entusiasmos por la comida*, porque estos enfermos encuentran los *alimentos desabridos o de gusto desagradable*. Suelen perder el gusto y la afición por el tabaco y a pesar de fumar menos o nada, aparece un *adelgazamiento* que es progresivo, no obstante los esfuerzos realizados para evitarlo. Estos enfermos se sienten *cansadas, con pérdida de fuerzas* y el tinte de la piel cambia haciéndose *más pálido o amarillento*, cosa que muy frecuentemente se explica por una *anemia*, que se revela por el examen de la sangre.

Pocas veces, este síndrome dispéptico inicial, culmina con *náuseas* o *vómitos* y por excepción, esta iniciación del C. G. puede hacerse con *hematemesis* o *melena*. Toda esta sintomatología, que fácilmente puede pasar inadvertida para el paciente y aun para el mismo profesional, constituye sólo una *presunción o sospecha diagnóstica*, que se valoriza con la *edad* del paciente, de los 50 años para arriba y que obliga a realizar al médico una investigación clínica cuidadosa y completa del tubo digestivo y a *vigilar atentamente la evolución* de estos pacientes, agotando los recursos del laboratorio y especialmente de los Rayos X, para llegar al diagnóstico exacto.

En los pacientes en que existe ya tumor gástrico, con hematemesis y melena, gran pérdida de peso o caquexia; entonces el *diagnóstico del C. G. es muy fácil*, pero, desgraciadamente este *diagnóstico tardío, no sirve absolutamente para nada*, porque el tratamiento quirúrgico será seguramente ineficaz e inútil, aunque él sea realizado por el cirujano más técnico y experto del mundo. *La terapéutica exitosa del C. G. está más en relación con el momento oportuno de su realización, que con la perfección de la técnica realizada.* Quiere decir por lo tanto, que los clínicos debemos *acostumbrarnos y entrenarnos en la disciplina del diagnóstico del C. G. por sus signos propios y no por sus complicaciones, las que constituyen signos de mayor evidencia, pero fatalmente tardíos.* Esto indica y justifica, la necesidad imperiosa de realizar un gran progreso, en la ciencia y arte del diagnóstico, a base de una educación y entrenamiento especiales del médico general y una rigurosa disciplina del mismo médico especializado, si se pretende llegar al diagnóstico oportuno del C. G. incipiente.

La intervención del laboratorio en el diagnóstico del C. G. incipiente, poco o nada ha contribuido a perfeccionar los resultados de este diagnóstico y conste que nos referimos al *cáncer inicial*, porque si bien es cierto que el quimismo gástrico y demás exámenes de laboratorio, nos dan datos importantes en el C. G. ya desarrollado; en cambio, en el C. G. incipiente, dado que la *lesión neoplásica está limitada a milímetros, a lo sumo, a centados centímetros, no tiene ésta por qué alterar la función fisiológica del estómago* y la investigación del laboratorio será negativa en estos momentos de la evolución inicial del cáncer. El quimismo gástrico, la anaclorhidria o hipoclorhidria, la citología gástrica, ni la investigación de la sangre en el líquido gástrico, ni en las materias fecales, no nos ayudarán absolutamente en el diagnóstico, porque estos signos, no deben ni pueden existir en este momento inicial del C. G.

En suma, pues, *la clínica y el laboratorio son insuficientes e impotentes para establecer el diagnóstico del C. G. incipiente.*

Categorica conclusión, unánimemente aceptada por médicos y cirujanos, que además establecen *que la única disciplina diagnóstica capaz de realizar este diagnóstico incipiente y en oportunidad, es la radiología.*

Gutmann, en el Congreso Internacional de Gastro Entero-

logía de 1937, dijo: “*que contrariamente a la opinión habitual, el diagnóstico radiológico del C. G. incipiente, es posible en un gran número de casos*”. Esta afirmación de Gutmann, al parecer exagerada y pedante, tuvo una primera comprobación en un caso que fué diagnosticado radiológicamente de C. G. y operado por Gosset, quien, ni en la operación ni a la palpación, ni al examen visual de la mucosa gástrica, encontró nada que justificase la gastrectomía, por lo cual el acto operatorio se limitó a la simple exploración; *teniendo que reoperar este mismo enfermo meses más tarde, con un cáncer ya evolucionado*. Una golondrina no hace verano, pero la experiencia ha comprobado ya, que la afirmación de Gutmann puede ser exacta siempre que se utilice una buena técnica y se disponga de aparatos perfeccionados de Rayos X. Por lo mismo que hemos admitido la insuficiencia o la imposibilidad de la clínica sola, para realizar el diagnóstico del C. G. incipiente, debemos tener bien presente, a fin de evitar errores groseros, que como dice bien Gutmann: “no existe clínica sin radiología y que no hay radiología sin clínica”.

Este mismo autor, ha establecido con toda precisión, las recomendaciones técnicas, de valor fundamental para tener éxito en el diagnóstico del cáncer que estudiamos. Según él, el diagnóstico del C. G. incipiente, es “*esencialmente radiográfico, que necesita radiografías perfectas para establecerlo, las radiografías mediocres son inútiles y las radiografías bastante buenas son peligrosas por la falsa seguridad que originan*”.

Es fundamental realizar, “*varias radiografías en cada examen radiológico y repetir estos exámenes; hay que evitar, pues, realizar una sola radiografía y un solo examen*”. Habrá que tener bien presente, “*que en el diagnóstico del C. G. incipiente, la radioscopia es un medio de contralor, pero no un medio de diagnóstico*”. Aunque se le quita valor diagnóstico a la radioscopia porque como lo afirma Gutmann: “una lesión de C. G. visible netamente a la radioscopia, no es ya un cáncer incipiente” y en este caso especial, no debemos olvidar que la *radioscopia en acecho*, servirá eficazmente para radiografiar oportunas y significativas imágenes gástricas, que nos permitirán establecer el diagnóstico exacto.

El diagnóstico del C. G. incipiente es tan capital y básico para el resultado del tratamiento, que los internistas no han

tenido inconveniente en aceptar “que mueren más pacientes por errores y por ignorancia de la técnica radiológica, que los que mueren por imprudencia o desconocimiento de la técnica quirúrgica”. Lo fundamental de la radiología y que significa un gran progreso, sobre los demás métodos de examen, es que ella puede revelar un C. G. incipiente, cuando la palpación y el examen visual directo de la mucosa, practicados cuidadosamente por el cirujano, durante la operación, *no revelan ninguna lesión patológica*. Es ésta una conclusión de gran perplejidad, de enorme responsabilidad y de resultancia desconsoladora, para la cirugía, puesto que la exploración directa manual y visual del estómago, *que considerábamos lo más preciso y seguro, es aventajado por la radiología*. La práctica y la experiencia, establecerán en breve cuál es el criterio que debe primar y sobre todo, cuando logremos establecer con que retardo marcha la exploración quirúrgica, al examen radiológico; por eso Gutmann establece “que en el C. G. estrictamente inicial, no corresponde la laparotomía exploradora” puesto que ella puede ser equivocadamente negativa y que por lo tanto, *es antes de la operación, por estrecha colaboración de la clínica y la radiología, que debe establecerse el diagnóstico del C. G. y la conducta terapéutica.* (Gutmann).

En suma, pues, *el diagnóstico del C. G. debe marchar con ritmo rápido y acelerado, sin ninguna pérdida de tiempo, que puede ser fatal y una vez por todas, a los médicos, a los clínicos, a los cirujanos y a los radiólogos, hay que decirles, repetirles y gritarles, que para hacer el diagnóstico del C. G. incipiente hay que olvidar completamente la semiología clásica del C. G. que está basada en los síntomas de complicación del cáncer y que deben guiarse, para llegar a tiempo y realizar un diagnóstico oportuno del C. G., en los signos propios del cáncer, síntomas iniciales de simple presunción clínica, y por eso hay que recurrir a un estudio completo radiológico.*

No me ocuparé del estudio técnico del examen gástrico por medio de los Rayos X, ante todo, porque no tengo competencia para ello, y además porque este estudio crítico nos llevaría mucho más allá de los límites precisos de esta comunicación y sin resultado práctico alguno; pero, tenemos el deber y la obligación de alcanzar esas conquistas radiológicas, en el afán de poder realizar en nuestro país, el diagnóstico del C. G. incipiente, de acuerdo

con las directivas y enseñanzas establecidas por los investigadores que han realizado esta obra de progreso - diagnóstico.

Hemos solicitado la autorizada opinión a dos Jefes de Servicio de Rayos X, de los dos Hospitales más importantes de Montevideo, destacados radiólogos uruguayos, que han tenido la delicada atención cultural de sintetizar su opinión sobre el diagnóstico del C. G. en su iniciación. Nos han contestado, Barcia (P.), Jefe del Instituto de Rayos X del Hospital Maciel y Pelfort (G.), Jefe del S. R. X. del Hospital Pasteur; opiniones valiosas para completar esta comunicación y cuya colaboración, verdadera gentileza científica, les agradecemos muy sinceramente.

Barcia, nos ha remitido el informe que reproducimos a continuación:

“Hasta el momento no hemos tenido ocasión de encontrar ninguna de esas formas del carcinoma gástrico que, siendo capaces de provocar alteraciones radiológicas que hacen posible su descubrimiento, no alcanzan a modificar alteraciones que el cirujano pueda comprobar en el examen directo practicado en el acto operatorio. Siempre que hemos tenido ocasión de diagnosticar lesiones gástricas radiológicamente visibles, en la mesa operatoria se han comprobado alteraciones bien aparentes y generalmente mayores que las que había previsto el examen radiológico.

De unos 40 cánceres del estómago que hemos estudiado últimamente, en dos de ellos hemos encontrado sólo una pequeña interrupción de los pliegues y el equivalente anatómico de esas mínimas lesiones radiológicas han sido nódulos visibles y fácilmente palpables por el cirujano que, si no le han obstaculizado la ectomía, dejan el temor de la recidiva. Sin embargo, los enfermos cuando han tenido pequeña curvatura libre han permitido buenas sobrevidas. Lo mismo nos ha pasado con las microlagunas de los pliegues que a pesar de la pequeñez, se han presentado siempre en casos donde el cirujano ha comprobado lesiones bien palpables. También recordamos enfermos con larga sobrevida, pero en general no han traspasado los cinco años.

El signo del menisco hemos tenido ocasión de verlo en dos casos acompañando también a lesiones aisladas y sin infiltración en la pequeña curvatura. Los dos han permitido una gastrectomía, viviendo uno por 3 años y teniendo el otro ya dos años y medio.

Resumiendo la impresión que tenemos sobre el diagnóstico precoz del cáncer del estómago, podríamos decir que a pesar gran progreso que se ha hecho en el estudio de la mucosa trica y que permite apreciar las alteraciones en un período bien incipiente, es difícil tener la ocasión de encontrarla en su faz local, dado que siempre que los enfermos llegan al examen radiológico ya la lesión está bastante avanzada.

Insistimos en que no creemos en que la dificultad venga de la falta del examen radiológico, porque basta ver el maravilloso detalle, la relievografía, para apreciar que si existen alteraciones de la mucosa o de la sub-mucosa, ella debe aparecer en los exámenes bien practicados. La dificultad está en hacer los exámenes en el momento verdaderamente inicial de la lesión dado que en nuestro medio los enfermos no llegan al médico y por lo tanto al radiólogo, sino después de padecimientos que ya supone una incubación larga del proceso”.

Pelfort (G.), dice: “el diagnóstico del C. G. incipiente, es a mi juicio, función de un examen radioscópico y radiográfico muy minucioso, hecho por un radiólogo muy competente.

“Naturalmente que nos referimos a los C. G. que ya en sus orígenes producen suficientes molestias como para inducir al enfermo a recurrir al examen médico, pues siempre quedará un margen, más o menos grande de enfermos que, no sintiendo síntomas del lado de su estómago o sintiéndolos muy insignificantes, llegarán demasiado tarde a manos del médico, como para permitir un diagnóstico precoz”. (Viene a continuación un párrafo de técnica, que salteamos). “Condición indispensable para el diagnóstico del C. G. incipiente es la repetición de los exámenes, en caso de duda, a plazos relativamente cortos, para comprobar la persistencia, la modificación o la desaparición de las deformaciones encontradas.

“Aun hechas las cosas a la perfección, lo que no es corriente, en algunos casos, tendremos que limitarnos por lo menos durante un período de tiempo, que puede ser bastante largo, a establecer el diagnóstico de lesión orgánica simplemente. Sólo los exámenes radiológicos muy repetidos, escalonadamente y la toma en consideración de otros elementos de diagnóstico, como ser: evolución clínica, resultado del tratamiento, etc., combinados con la evolución radiológica, permitirán llegar al diagnóstico exacto”.

Pelfort, con la sinceridad y honestidad que lo caracteriza, nos ha manifestado que su opinión sobre el diagnóstico del C. G. incipiente, no se apoya en datos estadísticos precisos como correspondería, porque una estadística radiológica exacta y completa del C. G., es difícil de realizar, su juicio representa la *impresión* recogida a través de una larga experiencia. Este distinguido técnico, nada nos ha dicho sobre sus deficiencias de aparatos ni material radiológico; pero hemos podido darnos cuenta, que los servicios hospitalarios de Rayos X, no cuentan con el material perfeccionado, necesario e indispensable para estos exámenes de precisión.

En resumen pues, algunos radiólogos de los más autorizados de nuestro país, que conocen perfectamente las técnicas modernas y los progresos del diagnóstico del C. G. incipiente, no nos contestan categóricamente, *confirmándonos la gran dificultad de lograr el diagnóstico del C. G. incipiente* y en cambio, los encontramos quejosos de no poder cumplir a satisfacción con su misión por falta de personal y de material radiológico perfeccionado, indispensable para un diagnóstico tan preciso como es el de C. G.

Pero, los cirujanos, que somos los encargados de poner en práctica la eficaz colaboración diagnóstica de los radiólogos, podremos establecer los éxitos de estos técnicos, al operar los casos de C. G. en que nos hayan establecido ese diagnóstico en el período inicial de la lesión.

Y bien: podemos honesta y sinceramente contestar, en lo que nos es personal, que no hemos podido comprobar ningún resultado efectivo y eficaz, como resultado directo del último progreso alcanzado por la radiología, en el diagnóstico del C. G. incipiente. A pesar de nuestros entusiasmos e inquietudes, por alcanzar la realización común y corriente del diagnóstico del C. G. incipiente, *no hemos logrado aun el diagnóstico de un solo caso de C. G. verdaderamente incipiente*, después de la generalización de la activa campaña diagnóstica emprendida, y la emulación franca, de clínicos, radiólogos y cirujanos en la conquista de este diagnóstico incipiente e inicial.

Esta es la verdad franca y desnuda de nuestra experiencia profesional; hasta ahora, no hemos tenido ocasión de operar ningún caso de C. G. inicial o incipiente, diagnosticado por la radiología; otros colegas, quizás hayan sido más felices que yo, pero

por el silencio que reina alrededor de este importante asunto, es lógico suponer que a los demás cirujanos les ha ocurrido algo semejante a lo que a mí.

Más aun, en mi práctica profesional he podido comprobar, que en exámenes radiológicos practicados por técnicos muy preparados y distinguidos, pasaron inadvertidas lesiones avanzadas de C. G. y en algunos casos, la radiología me incitó a la operación, por admitir una lesión limitada, cuando la clínica nos inclinaba hacia el diagnóstico de una lesión, muy extendida, quizás inoperable, confirmándose en varios casos esta última opinión.

Quiere decir pues, que la radiología no ha representado aun para nosotros, en las lesiones iniciales o incipientes del C. G., ese elemento preciso de orientación y diagnóstico de que nos hablan las grandes autoridades radiológicas, que han pretendido realizar esa gran revolución y progreso diagnóstico en el C. G.

¿Cómo se explica esto? Posiblemente dos factores contribuyen a explicar estos deficientes resultados; por un lado, Gutmann y demás creadores de la nueva técnica radiológica perfeccionada, han sido muy optimistas o quizás hayan exagerado la posibilidad del diagnóstico del C. G. incipiente, y en cambio, nuestros técnicos, tal vez, no dominen a la perfección esa técnica y lo que es casi seguro, que no dispongan de un personal especializado, ni cuentan con los aparatos perfeccionados, ni el suficiente material radiológico, para llegar a tan precisos resultados. De cualquier manera que sea, es de desear y así lo esperamos de nuestros técnicos radiólogos, bien preparados y capacitados, que esa conquista será una brillante realidad en un futuro próximo.

Por nuestra parte, hemos demostrado celo e inquietud por obtener los enormes beneficios del diagnóstico del C. G. incipiente y de acuerdo con las conclusiones del Congreso I. de Gastroenterología de 1937 y de la reciente y monumental obra de Gutmann, nos entrevistamos con Barcia, director del servicio radiológico del Hospital Maciel, a fin de obtener su colaboración diagnóstica radiológica, efectiva e inteligente, de acuerdo con los postulados y directivas de la técnica radiológica más perfeccionada, tratando de obtener el *personal especializado* en el examen de cada víscera y la *repetición de las radiografías necesarias*. Barcia, hombre amante del progreso y del perfeccionamiento

técnico, accedió encantado y de inmediato a nuestro pedido; nos prometió encargar a un asistente de los exámenes gástricos exclusivamente, y nos ofreció la máxima colaboración.

En la práctica, nada hemos conseguido hasta ahora, porque no hemos logrado la realización de ningún diagnóstico de C. G. incipiente, al parecer por varias razones fundamentales. Posiblemente porque no enviamos al examen a ningún paciente en el período verdaderamente inicial del C. G. *por falta de películas para realizar exámenes radiológicos repetidos o seriados en cada caso*, al punto que, recientemente enviamos a ese servicio de radiología, un paciente, con el encargo de investigar cuidadosamente un C. G. y le practicaron *una sola radiografía*. Se nota además, *la ausencia de un buen aparato que permita realizar sin pérdida de tiempo y con perfección, las radiografías necesarias para establecer un diagnóstico preciso del C. G. incipiente*. Nos consta que actualmente el Instituto de Radiología del Hospital Maciel cuenta con un aparato radiológico perfeccionado, que aunque de prestado y de uso temporario, permite realizar correctamente la investigación radiológica del C. G. incipiente.

Falta también el *personal técnico especializado y remunerado*, por cuya ausencia hay que recurrir al personal honorario.

Si estas fuesen las causas reales y efectivas, de que no se pudiese realizar en nuestros hospitales, el diagnóstico del C. G. incipiente, *nos unimos entusiastamente al pedido del Jefe de Servicio Radiológico del Hospital Maciel y de los demás servicios radiológicos oficiales, que sabemos opinan lo mismo, para conseguir ese material indispensable, más aun, dirigimos el angustioso S. O. S. de auxilio, al Ministerio de Salud Pública y a la Facultad de Medicina, solicitándoles el material necesario de películas y de aparatos radiográficos más perfeccionados, para poder tener la posibilidad de realizar oportunamente, el diagnóstico del C. G. incipiente de los enfermos que acuden a tiempo, en demanda de salvación y que representan tantas vidas, que si no cuentan con este recurso técnico, quedarán fatalmente condenadas*.

Algunos laboratorios radiológicos particulares, pretenden realizar con sus medios, el diagnóstico del C. G. incipiente; si esto es así, veríamos con gran placer la publicación de estos resul-

tados y estadísticas, en las principales sociedades científicas del país y si el hecho es verdadero, trataremos de generalizar esos métodos a los Servicios hospitalarios, puesto que sería injustificable e inaceptable, que las primicias diagnósticas que se obtienen particularmente, no se establezcan de inmediato en la clínicas oficiales.

En suma pues, el perfeccionamiento y la oportunidad del diagnóstico del C. G. incipiente en nuestra práctica ha fracasado o no ha tenido el éxito esperado, a pesar de nuestro afán y nuestra inquietud, por aplicar los métodos más adelantados y más perfeccionados del momento. ¿Ocurre lo mismo en la clientela privada? Nuestra opinión es que en la práctica privada, ocurre algo muy semejante, pero preferimos por ahora, no considerar esta parte del problema.

Es evidente que cuando decimos que la radiología no ha representado para nosotros el método ideal y preciso de diagnóstico del C. G. incipiente, que constituiría la panacea para resolver el complejo problema terapéutico del cáncer gástrico, no pretendemos inculpar a la radiología de que no realice la mayoría de los diagnósticos de C. G. que no fueron examinados oportunamente por la radiología. Pretender tal absurdo, sería como inculpar a la cirugía el no curar a los pacientes que no operó a tiempo y en oportunidad. Nuestras consideraciones se refieren al hecho comprobado de que no conocemos aun en nuestro medio, casos de C. G. incipiente, diagnosticados por Rayos X y que no presentarán aun lesiones, macroscópicas; esto puede deberse a que no se hayan presentado enfermos en tales condiciones a los radiólogos y entonces no es culpa de la radiología sino se ha hecho el diagnóstico en circunstancias tan favorables al tratamiento. Nos referimos principalmente a los casos en que existen ya lesiones orgánicas evidentes y que pueden pasar inadvertidas al examen radiológico, o cuando esta privilegiada e importante rama de la Medicina, no realiza con toda la dedicación y el perfeccionamiento técnico alcanzado hoy día, los exámenes radiológicos del estómago para investigar el C. G.

No pretendemos tampoco pecar de injustos o ingratos con la radiología, puesto que sentimos admiración y respeto por sus extraordinarios progresos, que tan preciosa e insustituible colaboración nos presta para el diagnóstico; le reconocemos y le brin-

damos el homenaje y el reconocimiento justo que se merece, y en prueba de ello, es que la Cirujía acepta categóricamente, que en la actualidad *es la radiología el único método de examen capaz de realizar el diagnóstico incipiente del C. G.* y en tal sentido, para el estómago, ha sido erigido en el método privilegiado y de elección. Ahora bien, esa elección no debe ser porque sí; la radiología por su parte, debe cristalizar en hechos y justificar con sus resultados ese sitio de honor y preferencial en que la Cirujía la ha colocado, sin discusión y sin retaceos de ningún género.

Actualmente, en nuestro país, el C. G. constituye un problema diagnóstico y terapéutico angustioso; quiere decir, que los radiólogos, los médicos y los cirujanos tenemos que realizar una campaña profesional y social, que con un extraordinario esfuerzo pueda cambiar esa situación y ponernos a tono con los países más adelantados en el tratamiento del cáncer gástrico.

Pero, si no hemos logrado alcanzar el éxito esperado en el diagnóstico del C. G. incipiente, ¿debemos por eso abandonarnos y declararnos derrotados? No, eso jamás, nuestro deber vocacional y profesional nos obliga a luchar sin debilidad ni flaqueza, para conseguir el éxito en beneficio de nuestros semejantes que sufren.

Creemos que habitualmente en las clínicas, al investigar y pesquisar el C. G. incipiente, se comete un error serio y grosero, cuando no encontramos nada en una primera y cuidadosa investigación y entonces dejamos librado al paciente a su suerte. Aquí está el error de los clínicos, pues, si bien es cierto *que no pudimos realizar un diagnóstico del C. G. incipiente, se puede aun establecer un diagnóstico oportuno de ese cáncer, que nos permita realizar un tratamiento eficaz y curativo.* La principal y fundamental razón de esta comunicación, es llamar la atención sobre esta cuestión básica, a fin de conseguir que los médicos, cambien su comportamiento actual con respecto a los pacientes del C. G., por una conducta más clínica, más lógica, que beneficiará esencialmente al resultado del tratamiento del C. G. y en consecuencia será de gran beneficio para los propios enfermos atacados de tan terrible afección.

Habitualmente, cuando el radiólogo ha examinado un paciente que le enviamos sospechando un C. G. y no encuentra nada, nos contesta: *estómago y duodeno normales.* Generalmente

ante tan categórica respuesta, *dejamos regresar al paciente para su casa, dándole seguridades y garantías, de que no tiene nada en su estómago.* Y bien, esto constituye un grosero y profundo error de táctica clínica y terapéutica, puesto que, *si el paciente tiene realmente el cáncer sospechado y que muy bien pudo pasar inadvertido al radiólogo por ser incipiente o poco desarrollado,* al irse el enfermo para la casa, no estará vigilado por el médico y no volverá ya, en 6, 8 meses o un año; pero cuando vuelva, casi seguramente presentará un gran tumor gástrico, evolución florida de su cáncer del estómago, que no pudimos diagnosticar a tiempo y el enfermo estará irremediabilmente perdido, aunque lo opere el cirujano más técnico y diestro del mundo.

Si queremos diagnosticar el C. G. en oportunidad de realizar aún un tratamiento eficaz, debemos modificar fundamentalmente esta conducta, tan generalizada en la práctica médica. Estos pacientes, sospechados del C. G., deben ser objeto de una observación prudente, continuada y práctica, que nos permitirá obtener un diagnóstico del C. G. que *si no es incipiente, puede ser aún oportuno y permitirnos salvar al enfermo.*

Por todo lo comentado anteriormente, se concluye de que el diagnóstico del C. G. incipiente es difícil, o imposible de realizar en ciertos medios; bien convencidos de esta verdad, los clínicos deben establecer *una rigurosa y prolongada observación* (días y semanas), en estos pacientes, de modo tal que si no se consigue establecer un verdadero diagnóstico de C. G. incipiente, podemos en cambio realizar ese diagnóstico algo más tardíamente, pero en tiempo oportuno aún para efectuar un tratamiento radical.

Para conseguir esto, debemos establecer una observación clínica cuidadosa y prolongada a todo paciente, en el que sospechamos un C. G. No debemos cometer más el error de dejar ir a su casa, a un paciente que vive en campaña y al que se le hizo una investigación radiológica y que al resultar negativa, nos creímos autorizados a descartar la lesión neoplásica, dejando así, librado al enfermo, a su propia suerte.

En la práctica profesional, todo paciente de 40 a 60 años, que presente un síndrome de *dispepsia gástrica*; en este enfermo, aunque el *examen radiológico haya sido completamente negativo*, el médico debe observarlo estrecha y asiduamente, teniéndolo bajo una cuidadosa vigilancia y contralor, con exámenes

clínicos y de laboratorio, repetidos frecuentemente, entre los que se contarán las radiografías iterativas, realizadas cada 20 días o un mes, a fin de que, ante la menor evolución progresiva de la lesión gástrica que sospechamos, pueda ser ésta puesta de manifiesto y revelada por estos *exámenes seriados*, pudiendo así, llegar al diagnóstico del C. G. en su período más vecino a su iniciación y lo más oportunamente posible. Esta debe ser la conducta clínica que debemos adoptar rigurosamente todos los clínicos, en los casos en que sospechamos el C. G., para efectuar *una investigación rigurosa e inflexible, prolongada rigidamente durante semanas o meses, sin exagerarla tampoco, hasta llegar al firme convencimiento de que el enfermo tiene o no un C. G.*

El clínico llevará la dirección de la investigación diagnóstica, pero, será el radiólogo, quien con sus exámenes repetidos establecerá antes que las demás disciplinas médicas, la posibilidad del diagnóstico, o por lo menos, la indicación justificada de la operación.

El cirujano, por su parte, *deberá prodigar la celiotomía exploradora*, en todos aquellos casos que esté justificada la exploración por la sospecha de un C. G. En la práctica clínica profesional corriente, *debemos tender por todos nuestros medios y recursos* a realizar el diagnóstico del C. G. incipiente, tal cual lo han preconizado los adelantos y progresos de la ciencia diagnóstica actual; pero, mientras no alcancemos ese ideal, debemos conformarnos con el perfeccionamiento que más se aproxime a ese ideal, o sea al diagnóstico oportuno de este cáncer, en su primer período de evolución, lo más próximo posible a su iniciación. Eso, sólo se puede obtener con la conducta clínica absoluta, rígida e inflexible que hemos establecido en las páginas que preceden, por medio de la observación rigurosa de los enfermos sospechados de cáncer gástrico.

A pesar del cuadro sombrío que acabamos de establecer sobre el C. G. y que revela nuestra experiencia, existen hechos que deben infundirnos aliento y esperanzas. Pack y Livingston, en su monumental obra de tratamiento del cáncer, establecen que en 12.000 casos de resección gástrica de la cirugía universal se comprueba una mortalidad operatoria del 25 %, y una supervivencia de 3 años en el 34.6 %, de 5 años en el 26.8 % y de 10 años en el 19.66 %.

Si se hace una selección de los casos de C. G. limitándolos al 1º y 2º grado de malignidad, entonces los resultados son muy alentadores, pues se obtiene curaciones de 5 años, en el 60 % y de 10 años en el 50 % de los casos, resultados que debemos considerar como modelo de imitación y que seguramente podremos obtener si logramos realizar el diagnóstico del C. G. incipiente.

Sintetizamos nuestra comunicación, en las conclusiones siguientes:

1º — Para tener éxito en el tratamiento del C. G. es necesario e indispensable realizar un diagnóstico inicial e incipiente de la lesión.

2º — La clínica y el laboratorio son insuficientes o impotentes para establecer el diagnóstico del C. G. incipiente; sólo la radiología es capaz de realizar este diagnóstico incipiente y en oportunidad, lo que representa una gran conquista actual del progreso diagnóstico.

3º — El perfeccionamiento técnico del examen radiológico, está regido por reglas precisas e inflexibles, contenidas y analizadas en el texto; pero a pesar de todo, debemos declarar sinceramente, que en nuestra práctica no hemos podido beneficiar de la conquista del diagnóstico del C. G. incipiente.

4º — El diagnóstico del C. G. verdaderamente incipiente, en nuestro país, parece hasta ahora, difícil o imposible de obtener; pero en cambio ese diagnóstico puede ser aún oportuno y permitirnos salvar al enfermo. Para conseguir esto, los clínicos no deben cometer más el error de desentenderse de los pacientes a quienes se les practicó un examen radiológico que resultó negativo. Estos pacientes, de 40 a 60 años de edad, en quienes se sospeche un C. G., *deben ser sometidos a una cuidadosa y asidua vigilancia médica*, con realización de exámenes clínicos y de laboratorio, repetidos frecuentemente, con radiografías iterativas, realizadas cada 20 días o un mes; *exámenes seriados*, que permitirán comprobar oportunamente, *la evolución progresiva de la lesión* y poder establecer el diagnóstico de C. G. en el período más vecino a su iniciación y oportunamente aún, para poder realizar un tratamiento radical.

5º — Para poder tentar el diagnóstico del C. G. incipiente,

es *indispensable* que los Servicios de Radiología cuenten con *personal especializado, aparatos del tipo más moderno y perfeccionado* y disponer de *abundante material radiológico*, para realizar exámenes repetidos y seriados.

6° — En el tratamiento del C. G., prima el diagnóstico inicial e incipiente de la lesión, sobre la técnica quirúrgica, lo que quiere decir que un C. G. incipiente puede ser operado y curado por un cirujano discreto; mientras que un C. G. ya avanzado, no será radicalmente curado, aunque sea operado por el cirujano más técnico y diestro del mundo.

7° — Resuelto el problema del diagnóstico del C. G. incipiente, queda resuelto automáticamente el tratamiento, puesto que los cirujanos sudamericanos, haciendo honor al progreso quirúrgico universal, dominan perfectamente la técnica quirúrgica de la gastrectomía y operado el C. G. oportunamente, el éxito será el resultado inmediato de tan terrible y mortífera afección.