

CONTRIBUCION DE LA RADIOLOGIA EN EL ESTUDIO
DE LOS TUMORES BENIGNOS DEL ESTOMAGO

Dr. Eugenio R Zerboni

El presente trabajo que me complace en someter a la consideración de Uds., constituye el caudal de las observaciones realizadas a través de varios años de experiencia radiológica.

No es mi intención particularizar los aspectos clínico y anatómo-patológicos de las alteraciones que habré de describir, sino que el principal aspecto de esta exposición es el de señalar los principales signos radiológicos que identifican a los tumores benignos del estómago.

Consideraciones generales. — Los tumores benignos del estómago, macroscópicamente aparecen como formaciones tumorales que nacen a expensas de las distintas capas que constituyen la pared gástrica.

Su variedad es múltiple, ya que comprende diversas formaciones denominadas fibromas, lipomas, miomas, schwannomas, adenomas, etc.

Se registran además tipos particulares de tumores, tales como aquellos que se producen por la inclusión congénita en la pared gástrica de otros órganos, principalmente el páncreas, que da origen a lo que se denomina páncreas accesorio.

En nuestro medio, donde el quiste hidático es una afección corriente, sólo se conoce un caso perteneciente al Dr. Abel Chifflet, de un quiste hidático desarrollado en la pared gástrica, sobre cuyo comentario me extenderé más adelante.

Los tumores benignos del estómago, tienen una característica importante: al crecer y multiplicarse, se desarrollan en la gran mayoría de las veces, hacia la luz gástrica (son endogástricos) aunque otras veces, las más raras, lo hacen hacia el exterior

siendo entonces exogástricas, pero quedan siempre identificados como tumores del estómago y no invaden órganos vecinos.

Macroscópicamente, estos tumores aparecen como masas bastante bien delimitadas, de tamaño variable; desde los muy pequeños, de apenas un centímetro de diámetro, hasta los más grandes del tamaño de una naranja, o mismo de una cabeza de feto. Su número generalmente es único, pero a veces es múltiple, alcanzando su máximo en la llamada poliposis gástrica de Balfour. La mayoría son pediculados pero los hay también sesiles.

Al examen radiológico estos tumores provocan una falta de relleno en la luz gástrica, dando lugar a una imagen que es típica aunque no patognomónica, llamada imagen lacunar.

El estudio radiológico que se hace sobre el ser vivo, puede proporcionar un conjunto de nociones fundamentales que integran lo que se llama fisiología radiológica (Tonicidad, peristaltismo y evacuación); por lo tanto, para arribar a la conclusión diagnóstica de tumor benigno del estómago, es indispensable la presencia de la imagen típica que lo caracteriza concomitantemente con las modificaciones que pudieran apreciarse en la funcionalidad del órgano.

Sintomatología clínica. — Corrientemente los tumores benignos del estómago, no producen sintomatología clínica alguna y la comprobación de su existencia, constituye un hallazgo radiológico.

En los raros casos en que se observa sintomatología clínica, es frecuente que ella exista en relación con la masa del tumor, provocando dolor y vómitos, pero con una característica especial: que no existe periodicidad ni ritmo en ellos. Otro síntoma clínico, lo constituye una hemorragia que a veces es abundante y única y otras pequeña y repetida. En casos excepcionales, al adquirir un volumen considerable el tumor benigno del estómago aparece como un tumor abdominal, pudiéndose evidenciar por la palpación, como en el caso descrito por el Prof. Stajano en su trabajo titulado "Tumores benignos intersticiales".

Esto, en lo que se refiere a la sintomatología local, cuya repetición y persistencia repercute sobre el estudio general, pudiendo a veces ser tan intensa que llegue a simular un síndrome neoplásico o hasta el de anemia perniciosa.

La situación del tumor puede provocar complicaciones, siendo

éstas, el primer signo radiológico que puede aparecer. Un pólipo gástrico en la vecindad del píloro puede provocar la obturación del esfínter causando un síndrome de estenosis pilórica. Existen casos en que los tumores pediculares, atraviesan el píloro invaginándose en el duodeno y dando una imagen lacunar en esta región.

De manera que, resumiendo: los tumores benignos del estómago, pueden tener una sintomatología nula; pueden provocar síntomas de acuerdo con el tamaño y situación de los mismos, o pueden dar hemorragias grandes o pequeñas, con mayor o menor repercusión sobre el estado general.

Pueden, además en esta complicación local y de los síntomas funcionales y repercusión sobre el estado general, presentar su transformación maligna.

Sintomatología radiológica. — En presencia de signos clínicos tan diversos, yendo desde la latencia hasta la sospecha de síndrome canceroso, es que la radiología hace el diagnóstico de tumor benigno.

Los tumores benignos del estómago, no constituyen verdaderas rarezas, pues su aparición es más frecuente a medida que los exámenes radiológicos se multiplican y que se interpretan mejor que los signos producidos por ellos.

Según la estadística de Feldman, constituyen el 2,5 % de los tumores gástricos. Según Geschickter, el 17 % de los tumores benignos gastrointestinales corresponden al estómago.

De las distintas regiones del estómago, el antro y el fondo son los sitios que asientan más frecuentemente, pero pueden verse en cualquier zona.

Las imágenes son fáciles de descubrir cuando se está familiarizado con ellas, porque su aspecto es típicamente característico.

En el examen con repleción del estómago, la presencia de un tumor provoca en este órgano, una falta de relleno que radiológicamente se traduce como dije antes, por una imagen lacunar. Es el signo anátomo-radiológico que provoca la existencia de una saliente en la luz gástrica. Esta es una imagen lacunar especial, con ciertos caracteres a menudo visibles. La imagen presenta comúnmente una forma redondeada, de tamaño variable, de acuerdo con el volumen del tumor, apareciendo en plena sombra gástrica;

sus contornos tienen una característica especial: son regulares y nítidos.

Algunas veces, en cierta proyección de los rayos, la imagen circular llega a tocar uno de los bordes, no apareciendo entonces en plena luz gástrica, pero cambiando de incidencia puede verse que esta particularidad no es permanente y permite siempre una separación entre el borde de la imagen lacunar y el contorno gástrico.



FIG. 1. — Imagen de tumor benigno. Imagen lacunar en plena sombra gástrica, de bordes circulares, regulares y nítidos. La presencia del tumor no perturba el peristaltismo.

trico. Cuando los tumores son múltiples aparecen múltiples imágenes cerca una de otra, generalmente separadas por espacios más o menos amplios ocupados por el medio de contraste. Ocurre que a veces estas imágenes se superponen dando una sola imagen de contornos policíclicos semejantes a las burbujas de jabón.

El contorno de la laguna, generalmente es circular y es la traducción de la presión del tumor contra la pared gástrica opuesta o también puede hacerse aparecer con la compresión dosificada. La forma circular es importante a destacar, pues las imágenes que se apartan de dicha forma van en contra de un tumor benigno o pueden traducir la transformación de dicho tumor.

El estudio del relieve interno es fundamental porque contribuye a poner en evidencia el tumor benigno cuando su tamaño es pequeño y también porque de la conformación normal de los plie-

gues en la vecindad de la masa tumoral se extrae la conclusión radiológica decisiva. (Los pliegues que rodean al tumor guardan la configuración, flacidez y grosor normales.

Al practicar el examen en los tumores de cierto volumen, nos encontramos con una imagen que debe tenerse cuidado en interpretar y es la disposición que presentan los pliegues, semejante a la de los gajos de una naranja y que corresponde a la presión que provoca la tumoración sobre los pliegues gástricos, ya sea sobre la pared en que están implantados o sobre la pared opuesta.

Esta imagen lacunar, que acabo de describir, presenta una característica importante que hace siempre sospechar que el tumor no corresponda a una lesión maligna, ya que no existe repercusión sobre los contornos gástricos, los que conservan su flaccidez normal, siendo atravesados por las ondas peristálticas sin que se observe ninguna detención en su recorrido. Esta particularidad de la no repercusión sobre la tonicidad y el peristaltismo, traduce la no infiltración de la pared.

En cuanto a la evacuación gástrica, generalmente no se modifica, haciéndose sólo en los casos en que la situación del tumor vecino al píloro, obstruye el pasaje del contenido gástrico. Otro signo importante de benignidad del tumor, es la invariabilidad de la imagen en exámenes repetidos. La mutación de la misma puede hacer sospechar la transformación maligna.

Pasaremos en revista las imágenes radiológicas de algunos tumores benignos.

Radiológicamente existen, pues, una serie de signos que hacemos resaltar, y que nos orientan hacia el diagnóstico de benignidad.



FIG. 2. El examen con repleción no descubre la imagen del tumor. Paciente del Dr. C. Rodríguez Esteban.



FIG. 3 y 4. — El estudio con compresión adecuada, deja ver la imagen lacunar típica del tumor. Las ondas peristálticas conservan sus características normales.

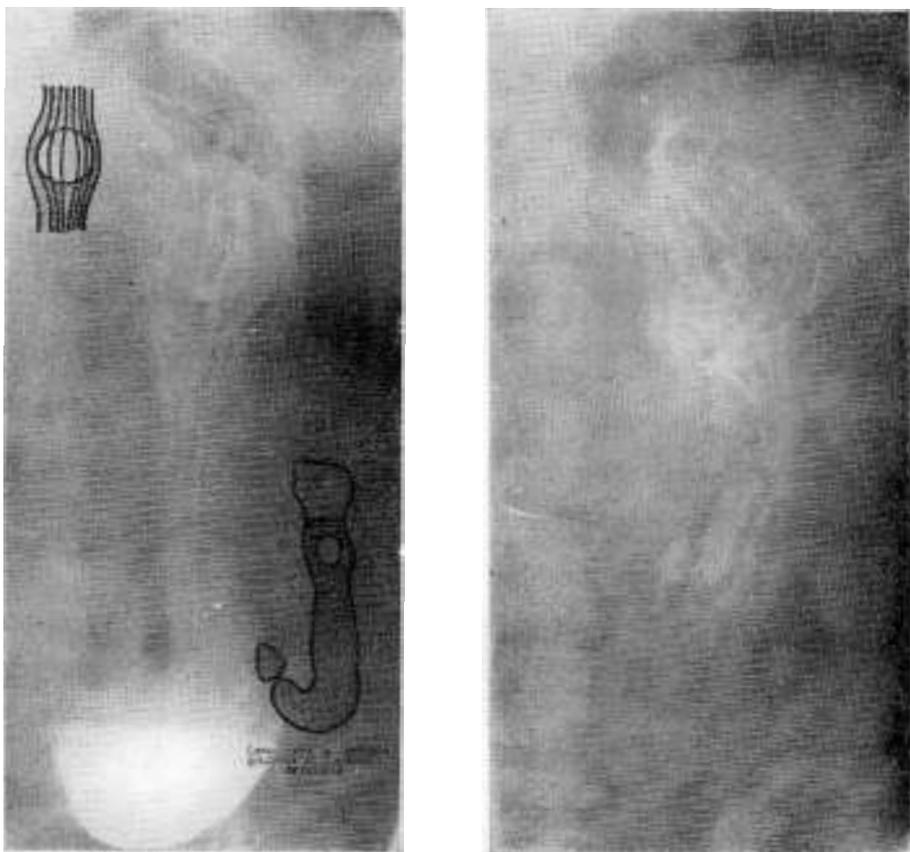


FIG. 5 y 6. — Paciente del Dr. Víctor Armand Ugón. Tumor gástrico, correspondiente a un Schwannoma. Desplazamiento de los pliegues gástricos, dando la imagen semejante a los gajos de una naranja.

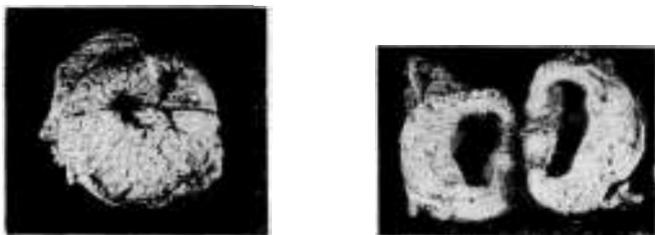


FIG. 7 y 8. — Fotografía del tumor que presenta una ulceración central, esto se traduce en la radiografía, por un depósito de bario.

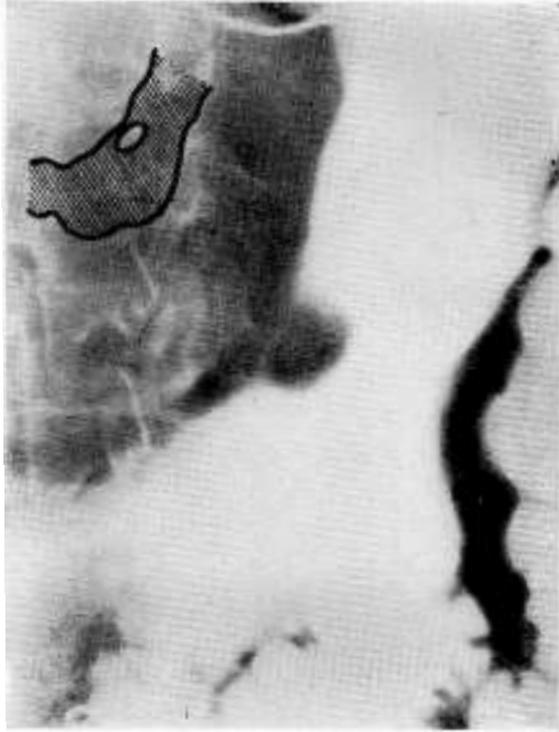


FIG. 9. — Paciente de los Dres. E. Andreon y Sayagues Laso. — Tumor benigno en la vecindad de la pequeña curvatura.



FIG. 10. Estudio de los pliegues en la vecindad del tumor.



FIG. 11. Fotografía de las piezas.

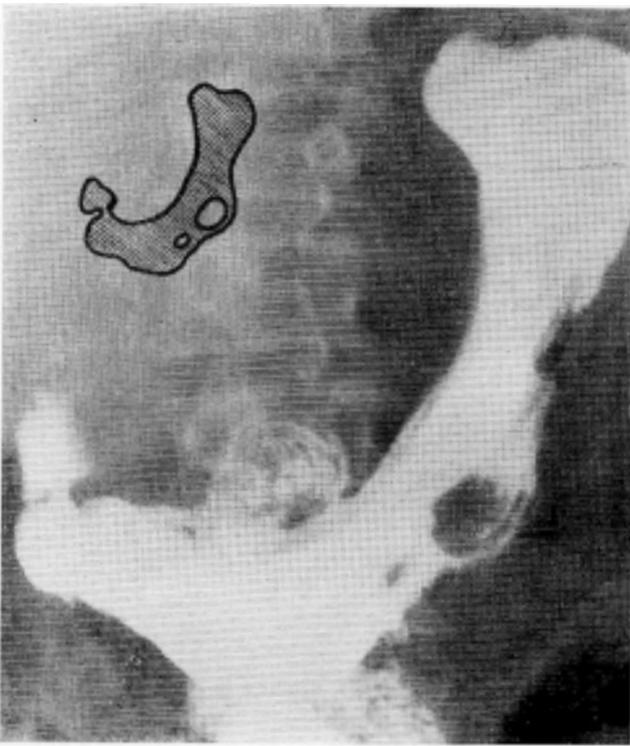


FIG. 12. Paciente del Dr. P. Purriel. — Tumor benigno que ingresó a el Servicio con un cuadro de anemia perniciosa.



FIG. 13. — El estudio de los pliegues muestra el desplazamiento de los mismos, dando la imagen de gajos de naranja.

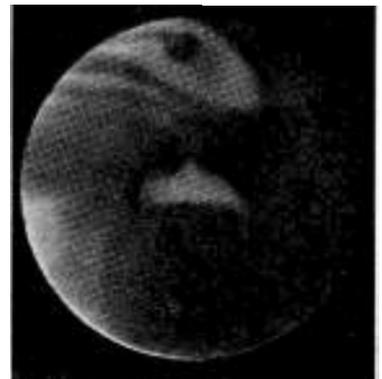
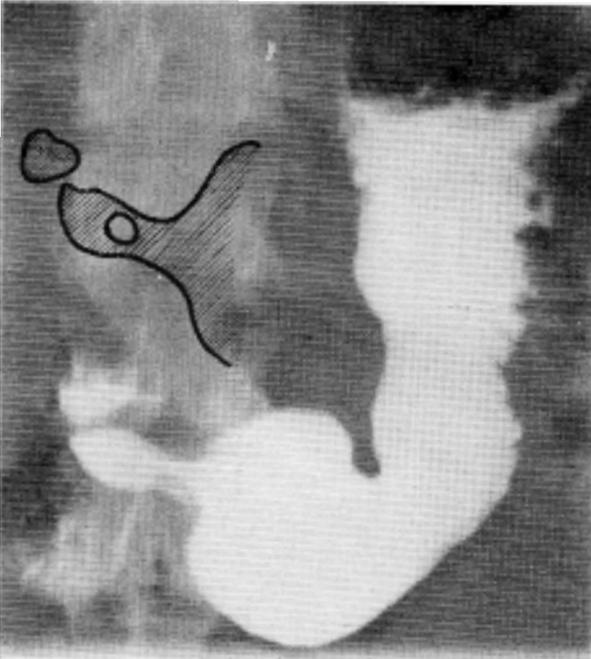


FIG. 14 y 15. — Pequeño tumor benigno en la zona pre-pilórica. El examen histológico mostró un páncreas aberrante.

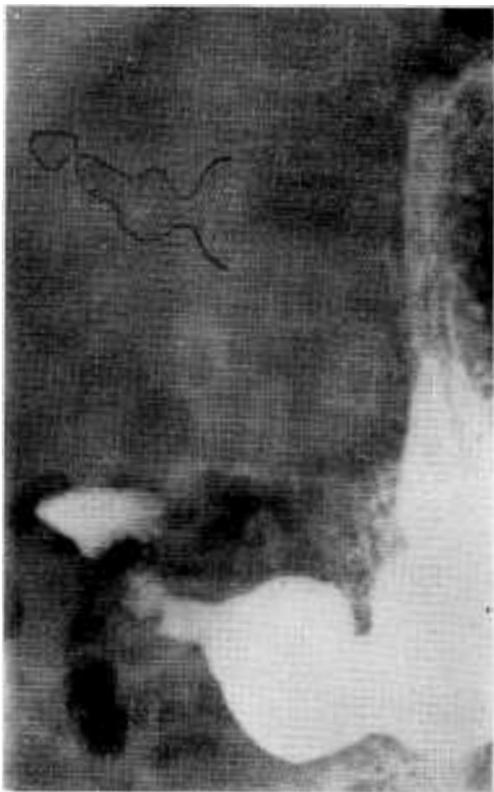


FIG. 16 y 17. — Paciente del Dr. P. Larghero. — Pequeño tumor benigno de la zona pre-pilórica, correspondiendo como en el caso anterior a un páncreas aberrante.

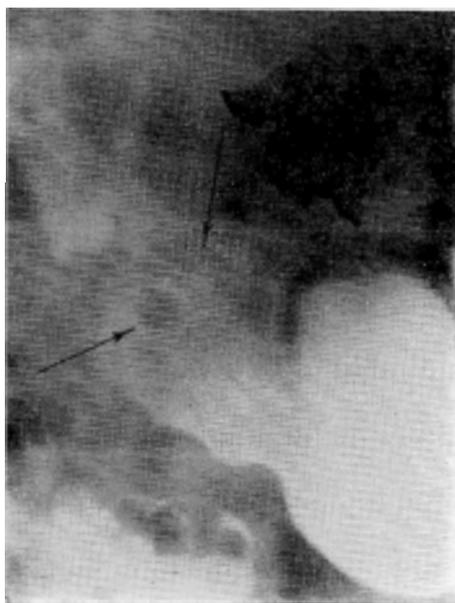


FIG. 18 y 19. — Tumor benigno de la zona pre-pilórica. No muestra ninguna repercusión sobre el peristaltismo ni la evacuación.

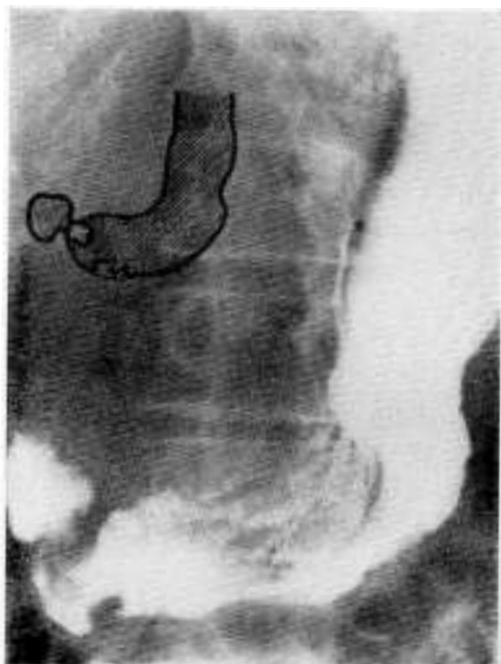


FIG. 20 y 21. — Paciente del Dr. J. González Mullin. — La imagen lacunar no es circular. Está ubicada en uno de los bordes del estómago, siendo de contornos irregulares. Cuadro clínico de síndrome pilórico intermitente. A la intervención, tumor pediculado gástrico invaginado en el duodeno. Radiológica e histológicamente, lesión maligna.



FIG. 22 y 23. — Paciente del Dr. H. Ardao. — El examen con repleción no muestra alteración. El examen del relieve interno muestra una imagen lacunar irregular sobre uno de los contornos gástricos. Macroscópicamente tumor pediculado; microscópicamente de naturaleza maligna.

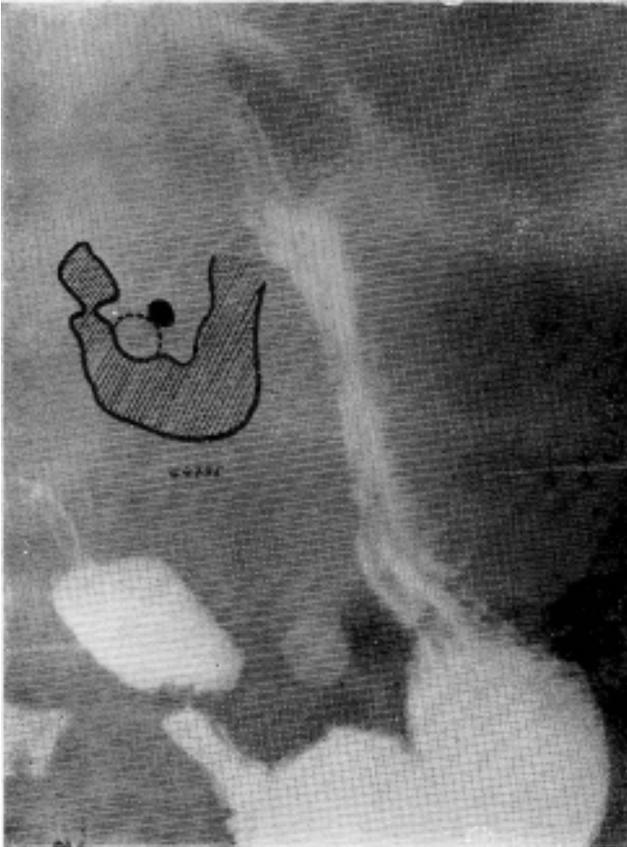


FIG. 24. — Paciente del Dr. A. Chifflet. — La imagen lacunar aparece en el contorno gástrico. En la vecindad de esta zona, imagen circular calcificada. Caso de quiste hidático incluido en la pared gástrica, posiblemente de origen primitivamente hepático. La sombra calcificada en la vecindad, correspondía a un quiste hidático del hígado.

Hemos visto pues, lo que la radiología contribuye al estudio del tumor benigno, pero debemos hacer resaltar que el diagnóstico de benignidad no puede hacerse de manera absoluta; no existe ningún signo radiológico patognómico y además, luego el diagnóstico no tiene más que un valor provisional actual, no garantiza en nada el porvenir, pues puede transformarse.

La Radiología, es lo que orienta al cirujano, aunque la última palabra la tiene el anatómo-patólogo, confirmando la naturaleza de la lesión, no debiendo olvidarse que en muchos casos, el pólipo gástrico puede sufrir transformación maligna sin que radiológica ni macroscópicamente sea perceptible.

Prof. Prat. — No iba a hacer uso de la palabra en esta comunicación puesto que días pasados presenté una comunicación de un caso que fué catalogado por nosotros como schwanoma, precisamente en divergencia con el histólogo que consideraba que era un tumor benigno: leiomioma o fibroma.

Por las características que tenía de tumor benigno, con ulceración y una gran hemorragia, la cual tenía todas las características sintomáticas de los tumores descriptos por Gosset y lo clasificamos como schwanoma. Tenía las mismas características de los casos que acaba de comunicar el Dr. Zerboni.

Desde el punto de vista radiológico nuestro caso presentó una imagen lacunar bastante típica con gran sombra gástrica próxima a la gran curva.

Esta enferma a los 18 años de operada presentó trastornos y al examinarla le encontramos una tumefacción en la región del vientre superior y entonces se sospechó que era una recidiva del tumor primitivo; pero lo que llamó la atención era que las radiografías hechas en ese momento daban una imagen distinta completamente de la que habíamos observado antes; contrariamente a la imagen lacunar como la primera, bien redondeada y dentro de la luz gástrica esta radiografía de ahora, era una imagen extra gástrica, que empujaba y deformaba la gran curva. Pero como estaba en la misma región nos hizo sospechar que era el mismo schwanoma que se había reproducido.

La solución del caso ustedes la conocen puesto que relaté aquí la operación realizada en esta enferma y traje la pieza que correspondía a un tumor que fué nucleado sin haber encontrado pedículo en ningún órgano.

Este caso, que ha tenido una evolución tan particular, es el único caso de schwanoma que he observado, he tenido otros casos de papilomas múltiples, pero ninguno tan típico como el descrito y que entra tan bien dentro

del grupo de tumores que nos ha descrito el Dr. Zerboni, con toda brillantez y con un material radiológico tan importante.

Del punto de vista radiológico, nuestro caso era la copia completa de la imagen y con una semejanza absoluta a los casos descritos por Gosset. El histólogo tuvo dudas muy grandes sobre el diagnóstico y prefirió no establecerlo.

Dr. Zerboni. — Lamento no haber podido asistir cuando el Prof. Prat presentó su comunicación porque me interesaba mucho ese caso, sobre todo como un caso de schwannoma. En el caso que yo presenté de schwannoma el histólogo se demoró un año y medio en contestarme, a pesar de que yo a menudo le hacía recordar, sobre todo porque macroscópicamente era un tumor benigno.

