

Trabajo del Instituto de Cirugía para Graduados
Dr. Prof. E. Blanco Acevedo

CANCER SUPERFICIAL DEL ESTOMAGO (*)

Comentarios a propósito de un caso

Dr. H. Lorenzo y Lozada (h.) y Br. S. Piovano

Historia clínica: M. C. D. 46 años. Casado. Chacarero.

Enfermo procedente de Cebollatí (Dpto. de Lavalleja). Por sus molestias dispépticas ingresa a Sala 5 (Instituto de Endocrinología) por indicación del profesor Cerviño, a pedido del cual nos hacemos cargo del paciente.

Ingresa el día 5-VII-49 y la historia recogida es la siguiente:

Antecedentes familiares: Padres vivos, sanos. 5 hermanos sanos (2 con antecedentes asmáticos). Esposa sana. 2 hijos sanos. 2 abortos espontáneos correspondientes al primero y último embarazo.

Antecedentes personales: Tos convulsa en la infancia. Hace 13 años que tiene esporádicamente ataques de asma que calman con polvos anti-asmáticos. Uno de sus empujes fué acompañado con proceso agudo infeccioso. No ha tenido ninguna afección venérea. Urticaria frecuente, sobre todo en invierno.

Alimentación mixta. Discreta cantidad de vino en las comidas. Hasta hace algunos años tabaquismo, que abandona a causa de su asma.

Enfermedad actual: Comienza hace 2 años aproximadamente con un cuadro dispéptico caracterizado por dolor epigástrico a tipo puntada fijo que aparecía estando con el estómago vacío y que calmaba luego de la ingestión de alimento. Hasta ese entonces no había tenido nunca sufrimientos digestivos.

Se levantaba de mañana y casi en seguida comenzaba el dolor. Se desayunaba con café con leche y calmaba, pasando bien hasta las 10 ½ aproximadamente en que reaparecía el dolor en el mismo sitio, de igual intensidad y que calmaba después del almuerzo. Hacía una dieta variada a veces acompañada de vino. Pasaba la tarde y la noche sin sufrimiento. Nunca se despertó de noche con el dolor. No tomó nunca alcalinos para calmarse. Sufría 2 o 3 días y luego pasaba unos 20 días en calma completa para volver a sufrir.

No notó que su sufrimiento estuviera en relación con las estaciones.

(*) Esta comunicación fué presentada en la sesión del 22 de marzo de 1950.

Hace 2 meses que sufre con más frecuencia y con más intensidad. Durante el mes pasado, ha tenido vómitos alimenticios en 2 oportunidades que se prolongaron 3 o 4 días. Eran vómitos fáciles aparecidos poco tiempo después de las comidas, donde el enfermo reconocía sus alimentos casi intactos.

Después de los vómitos continuaba con dolor y estado nauseoso.



Radiografías del
16 - VII - 49.

Ha adelgazado unos 15 kilos, que el enfermo atribuye a una mayor actividad.

Se alimentaba como antes. No ha notado alteración del apetito, más que últimamente, que está algo disminuído. Fuerzas conservadas.

Tránsito intestinal normal.

Examen clínico: 7-VII-49.

Enfermo lúcido, apirético, con estado general bueno. Pulso regular de 80.

Lengua húmeda, algo saburral. Gárganta s/p. Piezas dentarias en regular estado de conservación. Tinte subictérico de las conjuntivas.

Abdomen: Paredes tónicas, panículo adiposo conservado. No duele espontáneamente ni a la palpación. Hígado no se palpa. Fosas lumbares libres.

Ap. respiratorio: Tórax algo globuloso, normo lineo. Sonoridad aumentada en ambos hemitórax. Sonoridad precordial. Espacios intercostales ensanchados uniformemente. Se auscultan sibilancias y roncus en ambos hemitórax.

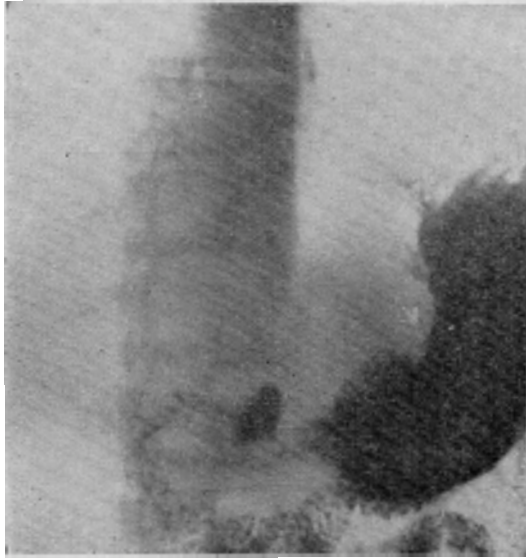
Ap. cardio vascular: s/p. P. A. 12-7.

Cuello: s/p.

S. nervioso: Reflejos tendinosos y pupilares bien.

Exámenes de laboratorio

- 6-VII-49. Urea en sangre 0gr.35 %
6-VII-49. Wassermann negativo.
7-VII-49. Examen completo de orina normal.
9-VII-49. G. R. 4.590.000. G. B. 5.000. H. 82 %. V. G. 0.90.
P. N. 75 %. P. E. 1 %. Monocitos 3 %. Linfocitos 21 %.



Radiografía del 8 - VIII - 49

- 11-VII-49. Bilirrubina indirecta 2mg. %^a.
Bilirrubina directa no contiene.
15-VII-49. T. de sangría 2'.
T. de coagulación 11'.

Exámenes radiológicos

Radiografía 15415. 14-VII-49.

Rigidez e imagen lacunar en el ángulo de pequeña curva. Aspecto de lesión orgánica maligna.

En ese momento el enfermo, cedido gentilmente por el I. de Endocrinología, pasa a ser visto por la Misión Médica Francesa que, como recordarán, tenía su propio radiólogo, motivo por el cual es reestudiado radiológicamente.

El nuevo informe dice lo siguiente:

16-VII-1949. — **Reg. gastroduodenal 50389:** Gran lesión ulcerada del seno angular segmento horizontal muy probablemente neoplásico (Dacoud, García Capurro).

Se resuelve someter este enfermo visto en la "consultation" de M. Guttman al test terapéutico en forma muy breve 2 - 3 semanas pensándose que se trata con gran probabilidad de un neoplasma.

Desde su ingreso a sala 5 el día 5 de julio el paciente había sido sometido a una dieta a base de harinas, leche, huevos y papas y como medicación alcalinos y belladona, Vitamina C y extracto de belladona.

El enfermo había mejorado parcialmente: desaparecen los vómitos y el tinte subictérico pero persisten los dolores.

La indicación del test terapéutico resuelta de acuerdo con el Prof.



Radiografía del
11 - VIII - 49

Guttman fué de proteínoterapia y la institución de régimen dietético amplio.

Como no se podía por razones de orden práctico, instituir la proteínoterapia, esa indicación fué cambiada por nosotros en otro procedimiento terapéutico de acción rápida según nuestra experiencia: el hidróxido de alúmina en goteo permanente combinando con una dieta amplia en cuatro comidas.

El día 22 de juli de 1949 se coloca un gotero de Aldrox que se mantiene 14 días (hasta el 4 de agosto inclusive) y una alimentación a base de leche, harinas, arroz, fideos, manteca, queso, huevos, sopas, bananas, frutas cocidas, con intervalos de suspensión de goteo 45 minutos antes y 45 minutos después de las comidas. Entre el 3er. ó 4º día de goteo el paciente deja de tener molestias. Calma que se mantiene hasta el día en que fué operado.

Con aumento de 2 kls. de peso.

A pesar de esa mejoría dado el aspecto radiológico inicial lo pasamos el día 7-VIII-49 del Servicio Médico donde actuamos (I. de En-

doctrinología Prof. J. C. Mussio Fournier) al servicio quirúrgico donde también actuamos (Clínica quirúrgica del Prof. Blanco Acevedo, Instituto de Cirugía para Graduados) de donde proviene por otra parte la documentación radiológica realizada por la Misión Francesa. Visto en seguida de su ingreso 7-VIII-49 en clase Clínica por el Prof. Blanco Acevedo se inclina a que el paciente sea operado con muy probable diagnóstico de neoplasma.

En ese momento se realiza un nuevo estudio radiológico que corresponde a las placas hechas el día 8 y 11 de agosto.

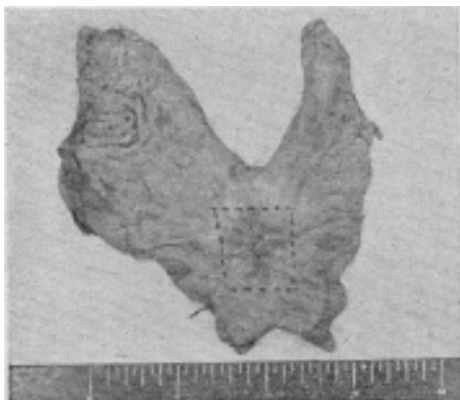


Fig. 1. — Fotografía macroscópica de la pieza operatoria de resección parcial del estómago. En la zona marcada con tinta está ubicada la lesión y se puede observar un fragmento pseudo membranoso desprendido de la superficie de ella.

8-VIII-1949. Rg. gastroduodenal N° 50619: Deseo verle personalmente el jueves a las 8 ½. (García Capurro).

11-VIII-1949. Rg. gastroduodenal N° 50636: Considerable mejoría del aspecto ulcerativo bajo régimen, con regresión casi total de los signos radiológicos. Al estudio radioscópico con compresión manual no se observan alteraciones perilesionales. Creo que se hace más remota la posibilidad de una neoplasia y que no habría inconveniente en prolongar la expectativa terapéutica. (García Capurro).

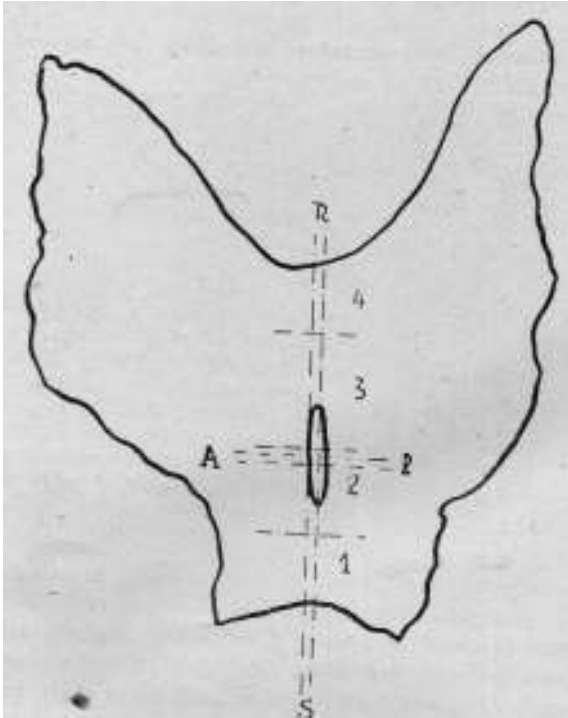
Habíamos estudiado con el profesor García Capurro las placas y estábamos en un todo de acuerdo con sus conclusiones. Pero como las opiniones bastante categóricas con la primera documentación radioclínica emitidas por los profesores Blanco Acevedo y Guttman nos mantenía en duda en el espíritu resolvimos con García Capurro buscar en la gastroscopia algún otro dato (debemos explicar que con el profesor García Capurro vemos muchas placas de digestivos y gastroscopias cambiando sólo en cada caso el elemento director).

Se realiza ésta el 12-VIII-49 y he aquí el informe:

12-VIII-49. Gastroscopia N° 310: Se puede estudiar antro, píloro y gran parte de las caras. En la unión del pilar anterior con base de entrada al antro se ven dos crestas limitando hendidura recubierta de saliva. Las

dos crestas tienen superficie algo irregular y tomentosa. Resto s/p. (Lozenzo y Lozada, h.).

Por nuestra experiencia gastroscópica actual basada en 450 gastroscopias nunca hemos visto una úlcera gástrica en involución cicatrizal tomar este aspecto y nos inclinamos francamente a la persistencia de



Esquema de la pieza para mostrar la ubicación de la lesión y la manera de estudiarla.

Fig. 2. — Se estudiaron sistemáticamente los fragmentos 1, 2, 3 y 4 en corte longitudinal pasando por la lesión. Se practicaron cortes accesorios para sacar los frag. A y P para completar el estudio de la lesión."

una lesión con característica de lesión maligna con una hendidura que simulaba un nicho cuando ésta era más profunda y las crestas más salientes, explicando así la presencia de una imagen radiológica de tipo nicho en las primeras placas y su desaparición en las del estudio después de tratamiento. Mirando de nuevo las placas nos pareció observar que la pequeña curva en la zona donde había estado la lesión podía tener unas pequeñas irregularidades, pero donde pasaba bien la contracción. El sitio era difícil de estudiar por superponerse siempre el ángulo duodenoeyunal.

Pero con el apoyo gastroscópico nos decidimos a la intervención que fué practicada el 22-VIII-49.

La misma fué demorada unos días porque la preparación del paciente del punto de vista respiratorio llevó algunos días dado que sus fenómenos asmáticos se acompañaban de expectoración purulenta. Se le



Fig.

Microfoto topográfica del preparado Nº 2. — Muestra la zona de pasaje entre la mucosa con caracteres normales a la derecha, y la mucosa cancerizada situada a la izquierda. ● Obsérvese que la zona tumoral se mantiene dentro de sus límites normales por encima de la muscularis.

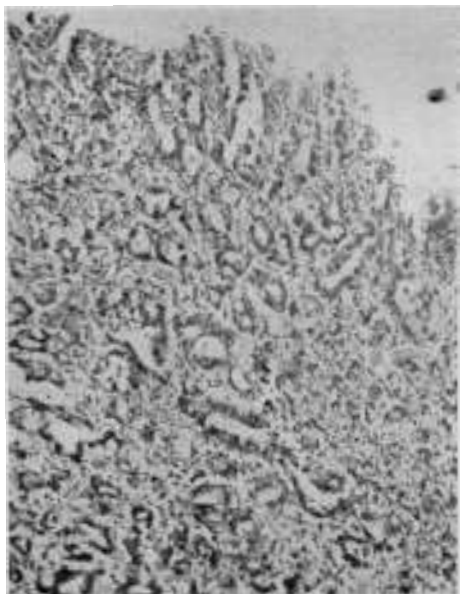


Fig. 4.

Microfoto a un aumento mayor del preparado Nº 2. — Ha sido fotografiada la zona tumoral en la parte más superficial; se observa pérdida del epitelio de revestimiento, pérdida de la arquitectura glandular con atipismo morfológico y tinte muy neto. En el corion, infiltración celular y numerosos vasos capilares con glóbulos rojos.

hizo penicilina en nebulizaciones e inyectable mejorando tanto los fenómenos funcionales como la expectoración que se hizo mucosa.

Ficha pre-operatoria.

Diagnóstico clínico: Lesión de pequeña curva de naturaleza dudosa.

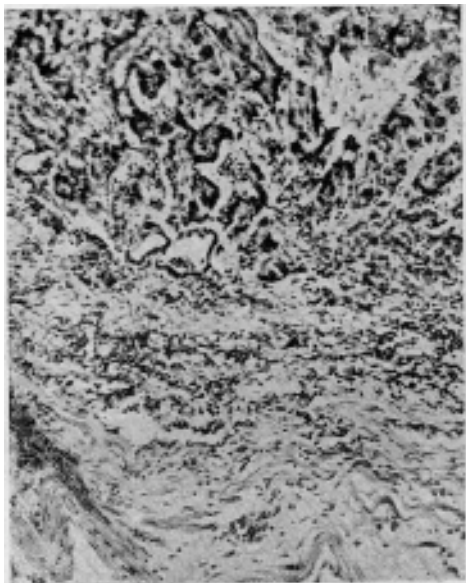


Fig. 5.

Microfoto del N° 2 preparado en la misma zona que el anterior pero sobre la basal de la mucosa. Se ve: hacia arriba, formaciones glandulares tumorales con dilatación quística de algunas y otras con un contenido albuminoso y detritus celulares. La muscularis aparece más abajo, algo engrosada como se puede observar muy bien con la coloración de V. Giesson, y está infiltrada por células de tipo linfocitario.

Anestesia: general Eter-Ciclo.

Fecha: 22-VIII-1949.

A. Circulatorio: bien.

A. respiratorio: fenómenos asmatiformes.

Boca, nariz: bien.

Ap. urinario: bien.

Preparación pre operatoria:

1° Penicilina por inyección y por nebulización.

2° Coagulantes.

3° Extracciones dentarias.

4° Lavado estómago.

Hidróxido de alúmina por goteo.

Operación.

Cirujano: Dr. H. Lorenzo y Lozada (h.), 1er. ayudante Dr. Buscasso; 2° ayudante Pte. Segredo.

Descripción de la técnica: $\frac{1}{2}$ supra-umbilical.

Se explora: lesión en el ángulo gástrico palpable por engrosamiento de la pared a ese nivel en unos 3 cc. de extensión. Superficie peritoneal sin alteraciones. Naturaleza dudosa. No se aprecian adenopatías. Se hace una gastrectomía tipo ulcus con anastomosis oral total isoperistáltica trasme-

socólica. Mesos hemorrágicos que obligan a una cuidadosa hemostasis. En la pared anterior gástrica se produce hematoma una vez terminada la gastrectomía al pasar los puntos de fijación en el mesocolon de la neoboca. Pared en un plano. Mecha subhepática.

La lesión tiene aspecto de una hendidura (correspondiente a la pequeña curva) rodeada de una zona periférica ligeramente levantada. Del lado peritoneal no se ve lesión.

Conviene notar como cambia el aspecto aun en la pieza fresca respecto del que se ve en gastroscopia, que es el que más debe

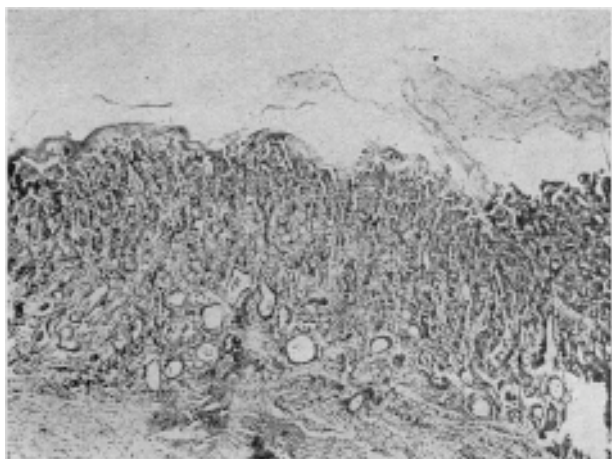


Fig. 6

Microfoto del preparado N° 2, topográfica. Esta foto sirve para mostrar la zona donde la mucosa ha perdido su epitelio y se halla revestida por una pseudo membrana adherente, constituida por fibrina y células leucocitarias alteradas.

servir para explicar el aspecto radiográfico evidentemente producido por esa hendidura entre dos zonas más salientes (las crestas) que aun en la pieza fresca se aplastaron y que es el que daba el pseudo nicho ulceroso radiológico desaparecido.

Más adelante podrán apreciar el aspecto de la pieza fijada que, como siempre, pierde sobre todo los detalles de color y turgencia.

Post operatorio

Fué molestado por su asma (disnea y expectoración) los 4 días iniciales, siguiéndose el tratamiento con Penicilina, Carbó-

geno, ventosas, mejorando y manteniéndose en buenas condiciones respiratorias hasta el día 22-IX-49.

La neoboca funcionó desde las 48 horas, realimentándose en la forma acostumbrada desde ese momento. La herida presentó una dehiscencia parcial de la piel cicatrizando bien por 2ª inten-

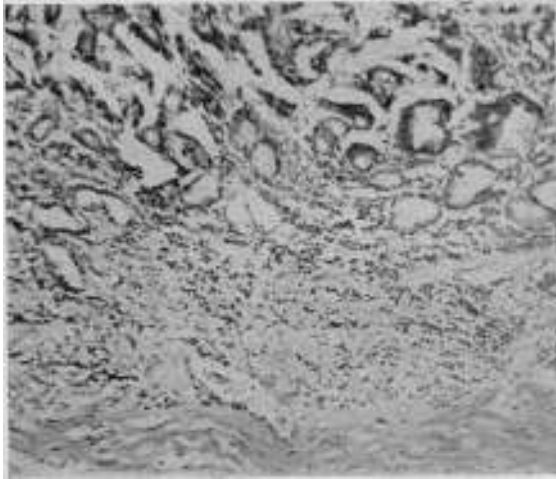


Fig. 7

Microfoto a gran aumento de una zona del preparado N° 4 (ver esquema). De arriba a abajo, elementos glandulares tumorales; corion de la mucosa infiltrado por elementos linfoides, corte de un vaso y por debajo, las fibras de la muscularis.

ción; el 6-IX-49 pasó a Policlínica y el 4-X-49 se envió para campaña con régimen amplio completo citándosele para ser visto cada 3 meses.

ESTUDIO DE LA PIEZA

(Realizado en el Laboratorio de Cirugía y Experimentación del Prof. P. Larghero Ybarz por la Srta. S. Piovano, con la asesoría técnica de su Director).

Descripción macroscópica

Pieza de resección gástrica parcial. Es recibida fijada en formol y estaqueada. Observada por su cara mucosa aparece con una zona de pliegues conservados con cierto aspecto mamelonado

de gastritis hipertrófica que predomina en la región fúndica hacia la gran curva.

Contrastando con este aspecto ya descripto, la región antral y la pequeña curva aparece bastante desprovista de pliegues.

En la mitad de distancia entre la región del cardias y la región pilórica, se observa una lesión de unos 3 cms. de largo

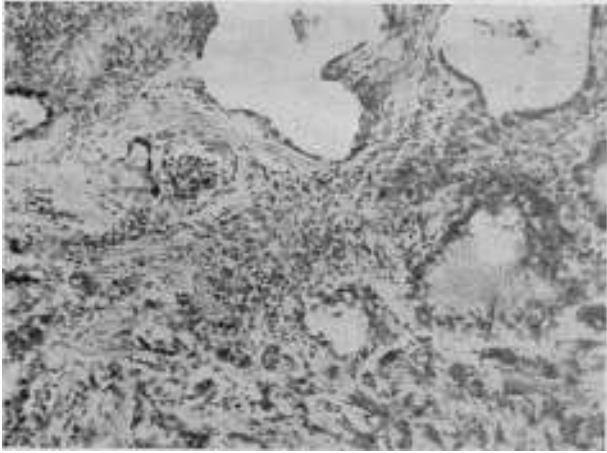


Fig. 8

Micra a gran aumento de una zona del preparado A, según el esquema adjunto. Se pueden observar elementos glandulares con dilataciones quísticas algunos, y otros de estructura muy atípica. Algunas dilataciones quísticas no tienen epitelio tumoral.

por unos 2 de ancho, que presenta un estrecho surco longitudinal, el cual está cubierto de una pseudo membrana de color grisáceo muy adherente.

La mucosa está conservada aún por debajo de la falsa membrana presentando solamente aspecto hemorrágico.

Llama la atención la convergencia de pliegues que aparece a nivel de la lesión y que contrastan con el aspecto alisado del resto de la mucosa. *Además en esta zona la pared está deprimida.*

Examinada la pieza por su cara serosa, no presenta otra particularidad que la de mostrarse indurada a nivel, de donde existe la lesión descripta.

Se practican una serie de cortes seriados en sentido longi-

tudinal, pasando por medio de la lesión el primero de ellos con el objeto de observar el aspecto de la pared gástrica. Ello nos permite ver que la mucosa se halla conservada a nivel de la lesión lo mismo que las capas restantes, sobre todo la muscular, que presenta aspecto vítreo (degeneración coloidea).

Se practican otros cortes paralelos al primero a $1/2$ cm. de distancia uno de otro y se sacan una serie de fragmentos para histología, tal como indica la figura adjunta.

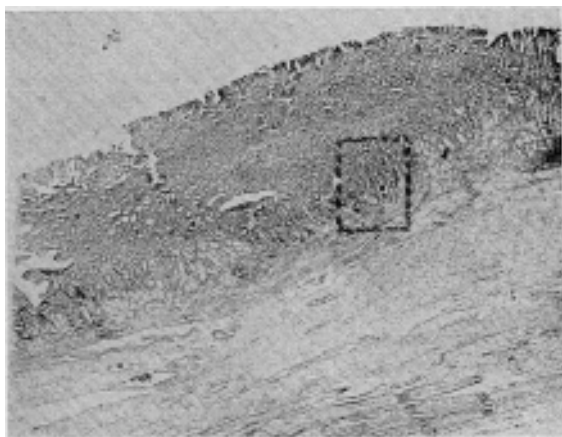


Fig. 9

Microfoto topográfica del preparado P sacada en la zona en la que se intrincan los elementos glandulares tumorales con glándulas mucosas de aspecto normal. En la parte recuadrada abundan los elementos tumorales apoyados sobre la muscularis.

Se practican además otros cortes a cada lado de la lesión, perpendiculares al primero.

Fueron estudiados 6 fragmentos en total con la técnica corriente de hemateína eosina y Van Giesson.

Se hicieron además preparados especiales montados sobre diapositivos para proyectar.

Se destaca para la interpretación de los hechos clínicos, radiológicos y endoscópicos, que no se aprecia verdadera ulceración de la mucosa y sí una hendidura con una falsa membrana adherida.

Notar además que la zona de la lesión está *deprimida*.

Estas dos circunstancias son las que explican (cuando estos fenómenos eran más marcados por el agregado inflamatorio y en el vivo *con toda su turgencia*) el aspecto radiológico desaparecido.

ESTUDIO DE LOS PREPARADOS HISTOLOGICOS (Ver esquema)

Preparación 1

Edema del corion y proceso inflamatorio crónico. Atrofia glandular, fibrosis del corion. Nódulos linfocitarios, Linfangitis

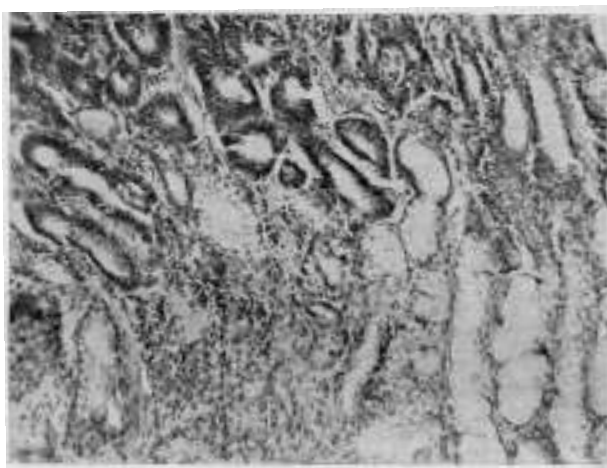


Fig. 10

Microfoto a mayor aumento del preparado P. tomada a nivel de la zona recuadrada en la foto topográfica anterior. En ella se ven alternar glándulas mucosas morfológicamente normales con glándulas tumorales. Entre ellas infiltración del corion de la mucosa por células linfocitarias.

marcada. Gastritis intersticial con atrofia glandular predominante a nivel del píloro. Después mucosa duodenal.

Preparación 2

Carcinoma alveolar en partes quístico (dilataciones quísticas de algunos fondos de saco glandulares: las dilataciones están en el fondo porque se cancerizó el cuello y no se pueden vaciar las

glándulas). El epitelio de las dilataciones quísticas no es neoplásico y se ve en el interior de la dilatación secreción albu-
minosa.

El cáncer no llega a la submucosa; sólo al corion de la mu-
cosa.

Hay esclerosis de la submucosa.

Preparación 3

Se ve amputación y cicatriz esclerosa de la muscular.

Es más fácil de apreciar coloreada por Van Gieson.

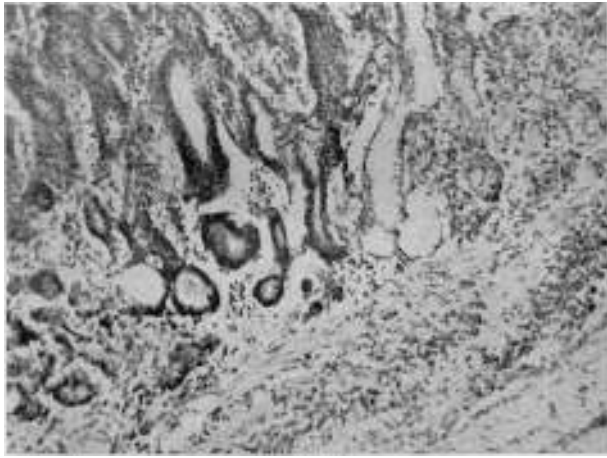


Fig. 11

Otra microfotografía a mayor aumento sacada en igual zona que la anterior pero enfocando la parte basal de la mucosa. De abajo a arriba fibras de la muscular de la mucosa infiltradas por abundantes elementos linfocitarios. Más arriba, glándulas mucosas y glándulas tumorales sobre la muscularis. Preparado P.

La zona de mucosa que falta es por desprendimiento en las manipulaciones de preparación histológica.

Preparación 4

Se ve una zona (la distal) cáncer bien superficial, un adenocarcinoma sin acinos normales, con fibrosis intensa de la submucosa y muscular conservada.

Del lado del cardias se ve mucosa fúndica.

Preparación P

Se trata de un adenocarcinoma que conserva la arquitectura con tubos irregulares, células atípicas, chatas, aumento de la cromatina. Hay nidos celulares en los tubos.

Se trata de un aspecto histológico de tumores que conservando la arquitectura presentan alteraciones celulares suficientes para diagnosticarlos.

Notar que toda la capa de los fondos de sacos glandulares es normal en este corte.

Preparación A

Es análoga a la P, con glándulas con dilataciones quísticas.



Fig. 12. — Microfoto de fragmento total de la pared comprendiendo la lesión y el resto del estómago. Se puede apreciar a nivel de la zona A una amputación de la capa muscular. Este preparado está teñido con Hemateína Eosina.

Preparación en corte total.

Hemateína, Eosina y Van Giesson. Para mostrar aspecto topográfico y sobre todo amputación de la muscular.

Los hechos a destacar para el clínico de esta descripción microscópica son los siguientes: a) Existía un adenocarcinoma superficial limitado a la mucosa, naciendo según toda probabilidad en los canales de excreción de las glándulas y no de los fondos de

saco glandulares. b) En muchos preparados es posible ver esclerosis importante de la submucosa. c) La muscularis mucosa y por ende la muscular no está dividida en ninguna parte. d) Hay evidencia de existencia de una cicatriz esclerosa a nivel de la musculosa que la interrumpe totalmente (amputación de la musculosa) idéntica a la que se ve en las úlceras crónicas del estómago.

ENSEÑANZAS Y CONSECUENCIAS QUE CREEMOS SE PUE- DEN SACAR DE ESTE CASO DE CANCER SUPERFICIAL DEL ESTOMAGO (LIMITADO A LA MUCOSA)

1° Notar la rapidez de la involución de los fenómenos inflamatorios con el hidróxido de alúmina en goteo continuo, con un régimen relativamente amplio de comidas. Nos parece un excelente medio de "test" terapéutico.

2° Marcar hasta donde puede llegar el agregado inflamatorio en los procesos neoplásicos del estómago.

3° Véase que la mejoría sintomatológica clínica es la del agregado inflamatorio.

4° Del punto de vista radiológico: a) Se trata posiblemente de un nicho no por verdadera ulceración sino por una depresión entre dos zonas salientes de la lesión, lo que está de acuerdo con lo sostenido por Guttman que los verdaderos nichos neoplásicos no desaparecen. b) Notar que la rigidez es muy poca y elástica. Llamamos la atención de que la flexibilidad está conservada en las placas después de tratamiento. c) Posibilidad de que en este caso sea la esclerosis y no el tejido neoplásico la que da esa pequeña zona irregular y poco rígida en las últimas placas. d) Recordar hasta donde puede llegar la regresión de los signos radiológicos aun en presencia de una lesión de base neoplásica.

5° Utilidad de la gastroscopia como procedimiento auxiliar de diagnóstico en algunos casos como éste, donde inclinaba fuertemente hacia lesión maligna por no tener la lesión una vez tratada en manera alguna, aspecto de úlcera en cicatrización.

6° Importancia del convencimiento "pre-operatorio" del ci-

rujano de que se trata de una lesión segura, dado que en este caso era muy poco lo que se palpaba y nada lo que se veía.

7º Importancia de que conectado a los Servicios de Rx y endoscópicos esté un cirujano del Servicio de modo de que todo el trabajo de diagnóstico se haga en verdadero equipo clínico radiológico endoscópico.

8º Es mejor que el gastroscopista sea uno de los propios cirujanos del Servicio que siente y aprecia siempre más el problema quirúrgico.

9º Posibilidad de interpretar este caso según dos criterios:

- a) como úlcera cancerizada según el criterio sostenido por nosotros en otras oportunidades ⁽¹⁾ de la importancia de la presencia de una amputación de la muscular.
- b) como cáncer que se ulceró en cierto momento pudiendo dar así esa interrupción de la muscular y esclerosis consecutiva por cicatriz.

Del punto de vista práctico es lo mismo, porque lo que interesa es que se diagnosticó y operó un cáncer limitado a la mucosa gástrica, en una etapa útil del tratamiento.

10º Necesidad de poner en juego en todos los casos todos los procedimientos de diagnóstico posibles con todas sus variantes de técnica para hacer diagnósticos precoces.

11º Si se operan todas las úlceras gástricas sin ningún tratamiento médico previo no se tendrían estos casos; lo que hemos sostenido en otro trabajo es que las úlceras gástricas tomados los datos estadísticos sobre piezas de resección exclusivamente, se encuentran cancerizadas 1 sobre 6 ó 7; lo que no comprende todos los demás casos que no se operan por haber marchado bien a veces, otros por diferencia de criterio.

Lo que sostenemos es que se debe operar todas las úlceras gástricas que no regresen completamente luego de un tratamiento bien hecho, poniendo en juego para este control todos los procedimientos que disponga el médico en ese momento a condición de que los posea a fondo. No olvidar que de la mitad de la

(1) 254. **Piezas de resección gástrica.** Dr. H. Lorenzo y Lozada y Br. Sélka Piovano. Sociedad de Cirugía del Uruguay. Sesión del 23 de octubre de 1946.

línea cardias píloro hacia el píloro están todas las úlceras cancerizadas estudiadas por nosotros en trabajo anterior, pero que también de esa zona para arriba hay cánceres primitivos.

12° Respecto a la interpretación de los dos años de historia variará según se admita que este caso es o no una úlcera cancerizada. Por eso este caso no podemos incluirlo entre los cánceres donde la etapa mucosa se ha prolongado ya dos años, porque al comienzo pudo ser sólo una úlcera.

Cuando tengamos más casos similares que no ofrezcan dudas sobre este punto, podremos formar criterio "propio" sobre este problema debiendo por ahora admitir hasta demostración de lo contrario, lo sostenido por Guttman y Albott recientemente en nuestro medio, es decir la larga evolución del cáncer en esa etapa.

13° A pesar de que en este caso el diagnóstico exacto se hizo endoscópicamente, no sentimos preferencia particular por este procedimiento. Consideramos que el error está en *oponerlo* a cualquier otro, cuando debe ser "agregado" a los corrientes y prácticos como son los clínicos radiológicos que nos resuelven la gran mayoría de los casos, pero no todos, buscando así, en un esfuerzo conjunto llegar a hacer el diagnóstico precoz del cáncer de estómago en los pacientes que tienen "la suerte" de tener síntomas y malestares suficientes para que consulten a su médico. Los otros casos, los latentes o casi latentes son batalla perdida antes de empezar, pero eso no debe desanimarnos en manera alguna.

Dr. C. Stajano. — Felicito al Dr. Lorenzo porque es halagador el que nos haya podido presentar un caso tan interesante en el cual la cirugía pudo ser exitosa. Como dice muy bien ese caso tuvo la fortuna de tener una ligera sintomatología dispéptica; desgraciadamente, esto no es lo habitual, ese caso fué la excepción puesto que la latencia en los neoplasmas de estómago es la regla. Como dice perfectamente el Dr. Lorenzo la batalla está perdida antes de empezar.

Ojalá que se pueda seguir utilizando esa técnica de equipo que aconseja el Dr. Lorenzo en todos los servicios, para poder pescar esos casos, que generalmente no se encuentran, ni se avistan.

En cuanto a la pieza anatómica, en su estudio histológico, prefiero no opinar, pues mi autoridad a ese respecto, frente a otros patólogos, es escasa. Considero éste el punto nodal de este capítulo. Es un epiteloma al inicio? La gastritis es el llamador en estos casos ante el clínico? Sin este

proceso sintomático que permitió en este caso casi adivinar una lesión, se hubiera estudiado radiográficamente este enfermo?

El cáncer de estómago lejos de los orificios puede ser inmenso y ser totalmente asintomático. Por desgracia, esto sigue siendo todavía cierto. Se pretende de acuerdo con la escuela francesa hacer el diagnóstico precoz de la lesión inicial, mediante la radio por contacto, parece que se pretendiese hacer el diagnóstico casi simultáneo a la transformación epitelio-matosa, por los pequeños síntomas que se han expuesto.

¿No llegaremos obligados, por las circunstancias, a hacer gastrectomías profilácticas, en las lesiones precancerosas del estómago, del mismo modo que lo hacemos con otras lesiones similares del resto de la economía? En las úlceras gástricas, que es u o de los caminos de la cancerización, somos implacables. Con el tiempo los médicos dirán si las gastritis crónicas, atróficas simples, serán o no enviadas al cirujano, pues su desgraciada tendencia es la de dirigirse más o menos lenta, pero implacablemente hacia el destino fatal de la cancerización.

Dr. R. García Capurro. — Quiero felicitar al Dr. Lorenzo porque creo que plantea las condiciones en que deben ser tratados los estómagos tal cual los encontramos generalmente en la actualidad.

En lo que él ya insistió, pero creo que no está de más insistir nuevamente, es en el punto capital sobre esa convicción que tiene que tener el cirujano de cuál es la lesión y esa convicción tiene que ser, como ya lo dice, anterior al momento de la intervención.

Cada vez trabajamos con lesiones gástricas más chicas y nuestro ideal, es trabajar con lesiones cuanto más chicas mejor; claro es que a veces vienen muy grandes, pero la verdad es que hoy nos encontramos con lesiones a veces tan chicas durante la operación, que no podemos afirmarlas. Y es frecuente eso, de abordar y tener la duda sobre si hay o no lesión; de manera que se basa todo sobre la convicción que se tuviera antes de empezar.

¿Por qué es esto?

Primero, porque las úlceras, llegan a la mesa de operación muy tratadas, generalmente han tenido un período de reposo, de transfusión, de tratamiento general con vitaminas y antibióticos y resulta que en ese momento los procesos inflamatorios que rodean la úlcera son mínimos y es difícil de percibirlos a la palpación. La misma gastrostomía y el mirar dentro del estómago no es muy fácil, solamente con técnicas cuidadosas e instrumentos iluminados adentro, pueden hacer buena revisión de la mucosa del estómago. Más fácil es mirar el interior del estómago con un gastroscopio.

De manera que, volvemos a decir, que la convicción del cirujano es indispensable. Es evidente que hay casos en los cuales la radiología no es suficiente, y en esos casos es que es necesaria la gastrecopia.

Estoy seguro que no en todos los casos, pero en muchos se necesita

de la gastrecopia y que debemos disponer de gastrecopistas mejores, que el mismo cirujano haga la gastrecopia, o que colabore en ella para tener esa convicción, que le permita hacer las operaciones útiles que si no quedarían sin hacer, puesto que esas lesiones chicas que son o pueden llegar a ser neoplasmas, son las que representan los casos en que la cirugía es realmente útil.

Dr. H. Lorenzo. — En nombre de la Srta. Piovano y en el mío agradezco los conceptos vertidos por los que han hablado.

Quiero además aclarar que no compartimos en un todo las cosas afirmadas aquí por la misión francesa, pero quizás sea un poco por educación clínica y educación de diagnóstico diferente. Ellos basan todo en el estudio radiológico puro; nosotros creemos también que se pueden hacer las cosas casi siempre muy bien con la radiología. Es el hecho práctico y corriente que resuelve casi todos los casos, pero no creemos sea motivo suficiente para decir, como dicen ellos en forma tajante, que por la gastrecopia no se puede agregar prácticamente nada. Vamos a dejar afuera al único radiólogo presente; aquí, todos los demás, somos cirujanos, y nos cuesta manejarnos exclusivamente por los pequeños signos radiológicos. por ejemplo, como el caso que yo presenté en la media hora previa, donde había sólo un pequeño "encastrement" y que operado fué un neoplasma; los distinguidos médicos franceses se animan con eso sólo si persiste con el tratamiento que ellos aconsejan, a hacer el diagnóstico de cáncer de estómago y piden sacar ese estómago a sus cirujanos aunque no toquen nada. En nuestro medio eso aun no puede conseguirse; yo mismo, actuando como cirujano, no puedo, si no estoy convencido del todo, basado en placas nada más, sacar un estómago en la forma que ellos lo piden. Por eso creo que, sobre todo aquí, donde los cirujanos no manejamos bien o mejor dicho no nos hemos adaptado a manejar esos pequeños signos, conviene que nos apoyemos en otras cosas para convencernos que ese enfermo necesita una gastrectomía total o sub total, operación hoy muy bien reglada. Lo difícil no es sacar el estómago, sino hacer la indicación quirúrgica correcta, dificultosa a veces aun con el vientre abierto.