

Trabajo de la Clínica Quirúrgica F y del Laboratorio de Patología y de Experimentación

CANCER INFILTRANTE DEL ESTOMAGO (*)

Tres tipos anatomo - topográficos

Dres. Pedro Larghero Ybarz y Selika Piovano

El cáncer infiltrante del estómago, por esta característica de su crecimiento, por su difusión, por el tipo celular (células redondas) y por la etapa avanzada en que el diagnóstico es hecho, no tiene en el momento actual interés práctico del punto de vista de la terapéutica. Sin embargo, ciertos hechos hacen pensar que la afección, en un buen porcentaje de casos, tiene una evolución suficientemente larga antes de llegar a la etapa anatómica, que la vuelve inoperable.

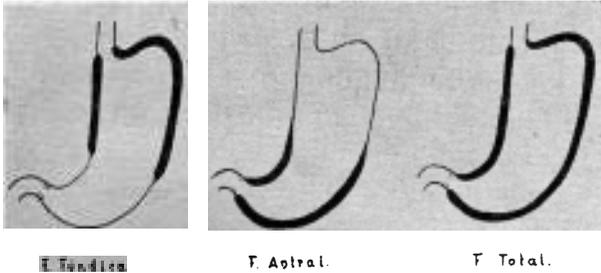
Estos hechos son fundamentalmente dos: primero, sintomatología clínica datando de varios años; segundo, hipertrofia verdadera de la musculosa del estómago, que en todas las piezas se observa a nivel del antro, con máximo de engrosamiento en el canal pilórico.

Este último hecho revela que ha existido una dificultad de evacuación de larga data. Esta deducción no va de acuerdo con las comprobaciones radiológicas en la etapa avanzada de la evolución, en la cual el examen pone de manifiesto en general, la rigidez de la pared gástrica y la evacuación rápida del estómago, como si fuera por un tubo.

El modo de conciliar estos dos hechos antagónicos, es suponer que ha existido en una primera etapa una lesión pilórica que ha provocado el espasmo prolongado durante meses o años, a la cual se ha sumado la infiltración de la pared con fijación de la capa muscular por el neoplasma que invade la submucosa, los tabiques de la musculosa y la subserosa.

*) Esta comunicación fué presentada en la sesión del 15 de junio de 1949.

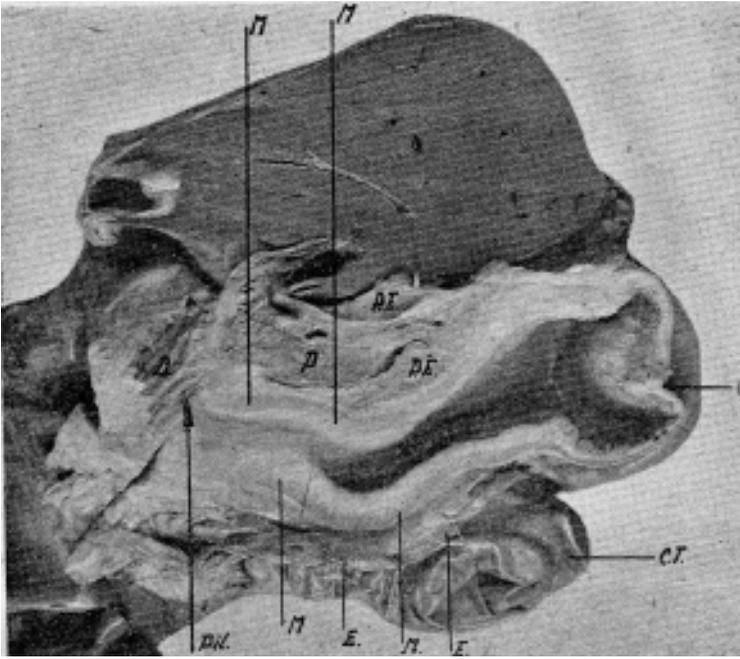
Formas topográficas del cáncer gástrico



Esquema representativo de las tres formas topográficas del cáncer infiltrante parietal difuso del estómago de acuerdo con la topografía de la lesión.

De las formas topográficas que presentamos, la más rara es aquella en que la lesión localizada en el cuerpo, fundus y tuberosidad gástrica, deja el antro y píloro libres. En estos casos el examen radiológico hecho en posición solamente de pie y con una cantidad insuficiente de barita, puede revelar un estómago de contorno, contracciones y evacuación normal, en tanto que la lesión infiltrante situada más arriba pasa inadvertida. Es lo que ha ocurrido en nuestra observación F. P. Las placas y el aspecto de la pieza ponen de relieve esta posibilidad de error.

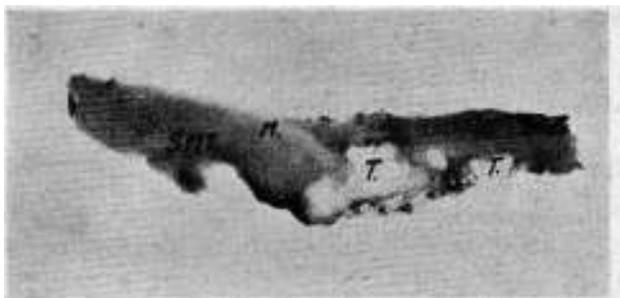
El cáncer infiltrante del estómago en su forma extendida, es comúnmente inextirpable: en 89 piezas de resección gástrica por cáncer del estómago, que constituye el material de nuestro Laboratorio de Patología y Experimentación, hemos encontrado solamente cuatro specimens.



Linitis plástica, neoplásica, forma total. El conjunto visceral (hígado, estómago, páncreas, epiplón y colon transverso) ha sido cortado en un plano paralelo a la pared abdominal. La fotografía corresponde al segmento posterior del corte. Infiltración con gran engrosamiento de la totalidad de la pared gástrica desde el Cardias (C.) hasta el píloro (Pil.). Se observa la capa muscular hipertrofiada (M.) en medio de la infiltración lardácea blanca de la mucosa, submucosa y subserosa. La hipertrofia verdadera de la musculosa aumenta a medida que se acerca al píloro. La cavidad gástrica considerablemente reducida se convierte en la región antral en un canal de paredes lisas. El píloro hace saliente en el duodeno (D.), simulando un hocico de tenca. El epiplón E-E. infiltrado y retraído contra la gran curvatura gástrica. Colon transverso (C. T.) normal. Páncreas (P.), normal.

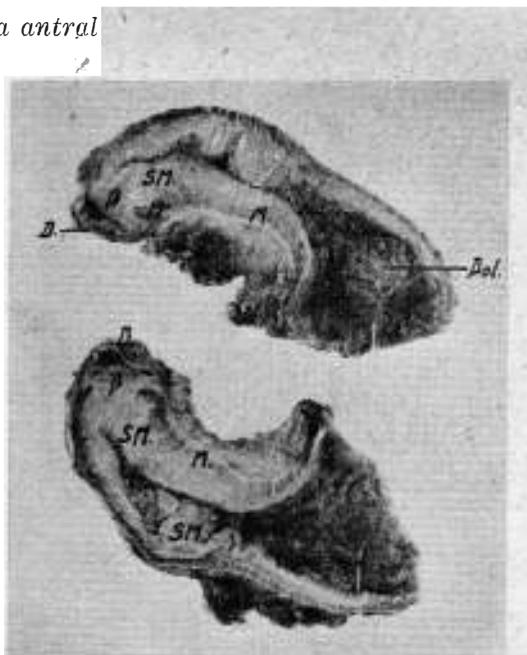


Corte longitudinal de la pared gástrica en un caso de la forma total. Se observa la franja oscura de la musculosa (M.) hipertrofiada e infiltrada y el considerable espesamiento de la submucosa (S.M.). En la zona T. la musculosa se presenta fragmentada por infiltración de tejido tumoral gelatinoso.



Fotografía por transiluminación de la rebanada de pared gástrica de la fotografía anterior. Ella muestra los espacios claros (T.T.), translúcidos, correspondientes a la degeneración mucosa del tumor. (Cáncer coloide).

Forma antral



Forma antral. D. Duodeno; P. Píloro; Pol. Pólipo. Obsérvese la hipertrofia de la musculosa (M.) y la infiltración lardácea de la submucosa (S.).
Pol. pólipo neoplásico.

Forma fúndica.

R. F. P. 53 años. Historia clínica 2681.

Sufrimiento gástrico datando de 34 años; se le hace repetidamente el diagnóstico de trastornos nerviosos gástricos. Entre los últimos exámenes radiológicos, encontramos:

Abril de 1947. Estudio radiográfico: dilatación gástrica marcada. No hay espasmo pilórico.

Noviembre de 1947. Estudio negativo.

Enero de 1948. Sospecha de lesión.

Marzo de 1948: el examen radiológico practicado por el Dr. E. R. Zerboni, muestra una imponente lesión neoplásica del estómago (cuerpo y fundus).

La región antral se llena por la comida opaca y se contrae, en tan-



Obs. R. F. P.

to la región fúndica y cuerpo del estómago, muestran la imagen típica de las grandes lesiones infiltrantes y vegetantes del estómago.

La indemnidad del antro, explica por qué* los exámenes radiológicos anteriores hechos en posición de pie llevaron al diagnóstico falso de estómago sin lesiones.

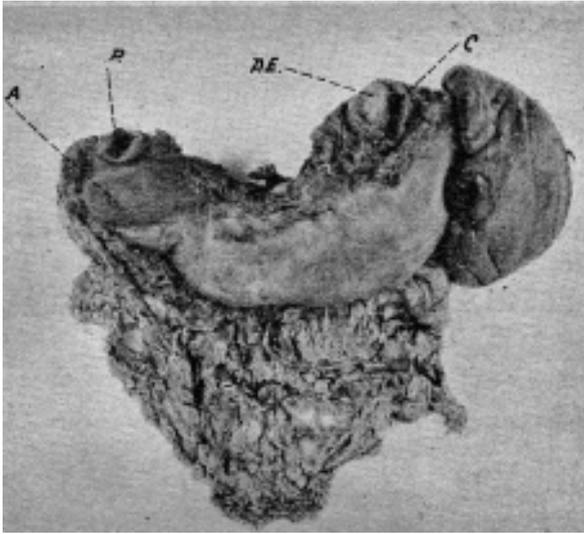
Operación: gastrectomía total, con anastomosis esófago yeyunal.

Aumento de peso de 4 kilos en un mes.

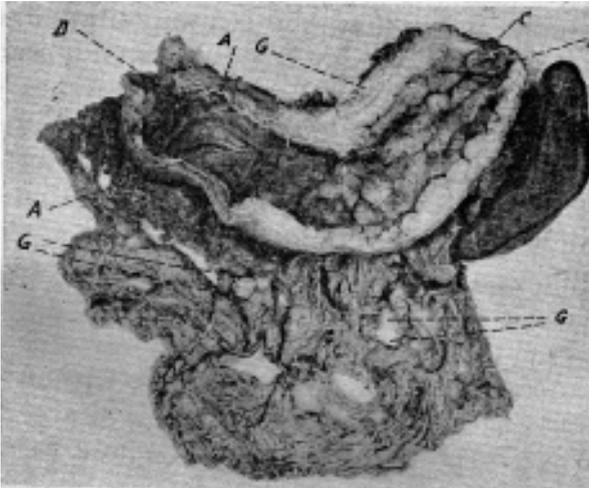
3 meses después, oclusión intestinal por carcinosis peritoneal.

Laparotomía exploradora.

Muerte el 7 de agosto siguiente.



Obs. R. F. P. Forma fúndica. Pieza de resección gástrica total con esplenectomía y resección del epiplón. C. Cardias; P.E. Pared de estómago Píloro; A. Antro no infiltrado.



Corte frontal del estómago. C. Cardias; E. Estómago; G. Ganglio de peq. curvatura; G.G. Ganglios neoplásicos del epiplón; D. Duodeno; A. Pared del antro, plegable. La fotografía muestra la infiltración larvacea masiva de la región fúndica y tuberositaria del estómago y el aspecto cerebriforme de la cara interna de la pared gástrica en estas zonas. La región antro-pilórica es normal; compárese este aspecto con las comprobaciones radiológicas del mismo caso.