

CUARTO CONGRESO URUGUAYO DE CIRUGIA

Sesiones de Seccionales



Presidente

Dr. CARLOS V. STAJANO

Vice-Presidente

Dr. JUAN C. DEL CAMPO

Secretario General

Dr. JUAN E. CENDAN ALFONZO



SECCIONAL DE TEMAS LIBRES

(4 de Diciembre. Hora: 15)

SECCIONAL DE GINECOLOGIA

(1º de Diciembre. Hora: 15)

SECCIONAL DE UROLOGIA

(1º de Diciembre. Hora: 18)

SECCIONAL DE ANESTESIOLOGIA

(2 de Diciembre. Hora: 19)

SECCIONAL DE ORTOPEdia y TRAUMATOLOGIA

(3 de Diciembre. Hora: 8)

SECCIONAL DE NEUROCIRUGIA

(3 de Diciembre. Hora: 10)

SECCIONAL DE OTORINOLARINGOLOGIA

(4 de Diciembre. Hora: 8)

SECCIONAL DE RADIOLOGIA

(4 de Diciembre. Hora: 9 y 30)

SECCIONAL DE CIRUGIA DE NINOS

(4 de Diciembre. Hora: 18 y 30)

SECCIONAL DE CIRUGIA PLASTICA

(5 de Diciembre. Hora: 8)

Seccional de Temas Libres

Sr. PRESIDENTE: Se va a dar lectura al trabajo de los Dres. Carlos Bortagaray y colaboradores sobre el tema "Tumores benignos del estómago". — Tiene la palabra el Dr. Bortagaray.

(SERVICIO DEL Dr. CARLOS FORRISI, HOSPITAL SALTO)

TUMORES BENIGNOS DE ESTOMAGO

Dres. Carlos A. Bortagaray, Luis A. Rodríguez Iribarne
y Germán Amorín.

Deseamos contribuir a la casuística nacional del tema con el relato de dos observaciones de tumores benignos de estómago; un adenoma poliposo y el otro un adenoma con inclusión de páncreas (páncreas aberrante).

La primera observación se trata de G. L., de 56 años de edad, sin antecedentes de importancia, que se queja de malestares gástricos desde hace un tiempo, pesadez postprandial, intolerancia por algunas comidas. No ha tenido hematomesis ni melenas. Examinado por el Dr. Forrissi, le ordena un examen radiológico practicado por el Dr. Amorim, quien informa que se trata de un pólipo gástrico.

Intervención: setiembre 13 de 1951. Dres. Bortagaray y Forrissi. Instrumentadora: Srta. Noury. Anestesia local y de los meses. Laparatomía mediana supraumbilical, prolongada a la derecha del ombligo, se explora la vesícula que es normal, el estómago tiene tamaño y aspecto normales, en la cara posterior del antro se palpa una pequeña tumoración pediculada y móvil, con el aspecto de un pólipo gástrico. se hace una gastrectomía subtotal, por el procedimiento de Poyla y con la modificación de Hoffmeister Finsterer transmesocólica. Cierre de la pared por planos.

Examinada la pieza se constata un pólipo gástrico de tres centímetros de largo, recubierto de mucosa sana. Postoperatorio

sin incidentes, siendo dado de alta, curado, a los ocho días. Examinado posteriormente en diversas ocasiones, manifiesta no haber sentido más molestias gástricas. El examen anatomopatológico, practicado por el Prof. Alberto Mateo dice así: "Adenoma poliposo formado por un eje conjuntivo grueso, recubierto por mucosa gástrica muy glandular. Las glándulas penetran en parte en el eje central, pero no hay atipia ni penetración en la zona de implantación de la lesión".

La segunda observación, se trata de D. R., de 39 años de edad, sin antecedentes de importancia, que desde hace diez meses siente molestias de estómago, dolores, sensación de plenitud, intolerancia por algunas comidas, las que se han intensificado en estos últimos tiempos, sobre todo durante la posición de pie. Ha adelgazado algo. El examen radiológico del Dr. Amorís dice: "sombras sospechosa de pólipo, en cara anterior de estómago".

El Dr. Abadie, otorrinolaringólogo, del Hospital regional, le practica una gastroscopia, informando lo siguiente: "En el lugar que corresponde a la imagen gástrica se nota una zona de mucosa hiperplasiada del tamaño de una pequeña mandarina, en algunas zonas aspecto de coliflor, en contraste con las zonas vecinas. Está situada en cara anterior de estómago, cerca del antro, y probablemente tome algo de esta región. Mucosa sin ulceración. Resumen: hiperplasia mucosa de cara anterior de estómago en su parte inferior".

Previos exámenes de laboratorio que son todos normales, se interviene el 14 de octubre de 1953. Dres. Bortagaray y Santo. Instrumentadora Srta. Noury. Anestesia local y de los mesos. Laparatomía mediana supraumbilical. A la exploración se constata una vesícula normal y el estómago de tamaño y paredes normales, encontrándose a unos siete centímetros del píloro, en la gran curvatura, e invadiendo algo la cara posterior, una pequeña tumoración redondeada de dos centímetros de diámetro, situada en el espesor de las paredes gástricas. Se efectúa una gastrectomía subtotal, por el procedimiento de Polya, con la modificación de Hoffmeister-Finsterer transmesocólica. Cierre de la pared por planos.

Examinada la pieza se constata que la tumoración no es pediculada, y que la mucosa gástrica es normal en ese nivel. Post-



G. L. - 1ª Observ.

Las flechas indican la localización del tumor.



G. L. - 1ª Observ.

Adenoma poliposo.



D. R. - 2ª Observ.

Páncreas aberrante en el espeso de la pared gástrica, cerca del antro.



D. R. - 2ª Observ.

Las flechas indican la localización del tumor

operatorio sin incidentes, salvo un pequeño abceso de la pared que se drena y cura en pocos días.

El examen anatomopatológico practicado por el Dr. J. F. Cassinelli, del Departamento de Anatomía Patológica de la Facultad de Medicina, dice así: "Examen macroscópico (Dr. Aguiar): estómago fijado sin abrir. Abierto por la gran curva, presenta una mucosa con pliegues conservados de aspecto normal. Sobre la cara posterior, en la vecindad de la gran curva, existe una tumoración redondeada de dos centímetros de diámetro, situada en el espesor de la pared gástrica, y cubierta por uno y otro lado, por mucosa y serosa normales y conservadas. Histología de un fragmento total de la tumoración. Diagnóstico microscópico: tejido pancreático aberrante, creciendo en forma de lobulillos entre los haces musculares hipertróficos de la capa muscular gástrica, y en el propio espesor del músculo. El tejido glandular aberrante se desarrolla además en la submucosa y en la subserosa y tiene crecimiento circunscrito pero no encapsulado. Algunas áreas están formadas por tubos indiferenciados y el aspecto es más bien el de los llamados adenomiomas genéricamente. No hay islotes de Langerhans (pero la fijación es bastante defectuosa como para poder efectuar una buena observación microscópica). Se trata de una malformación (heterotopía) sin caracteres sospechosos de malignidad.

CONSIDERACIONES

Los tumores benignos de estómago, en otra época se creían raros, el uno por ciento de las neoplasias gástricas. En la actualidad se encuentran más frecuentemente, por el perfeccionamiento de los medios de diagnóstico radiológicos y gastroscópicos. Se encuentran del doce al quince por ciento. Los hallazgos necróticos, son aún más frecuentes. Rigles y Erickson en 6742 autopsias, encuentran el 26 % de tumores benignos de estómago.

Clasificación.— Excluyendo los quistes simples dermoideos, hidáticos, etc., se pueden clasificar:

- 1º— Miomas, que pueden ser leiomiomas
fibromiomas.

Los leiomiomas son los tumores benignos más frecuentes de estómago.

2º— Adenomas. En los que hay proliferación de células glandulares. Pueden ser:

- a) adenomiomas con predominancia de tejido glandular;
- b) cistoadenomas, con transformación quística;
- c) fibroadenomas, con predominancia de tejido fibroso;
- d) adenocarcinomas, con transformación maligna;
- e) adenomas brunnerianos;
- f) adenomas con inclusión de tejido pancreático aberrante, que fué el observado en el 2º caso.

Judd, en cincuenta casos, cita solamente tres de páncreas aberrante. En la bibliografía argentina hay mencionadas 3 observaciones.

Los adenomas frecuentemente se ulceran o se cancerizan.

Corresponden a este tipo casi todos los pólipos gástricos, Santos dice que el término pólipo no se debe emplear por originar confusiones, y se debe utilizar solamente para indicar toda lesión pediculada.

3º — Lipomas. — Son pequeños y de evolución silenciosa. En nuestro país hay una observación de los Dres. Miqueo Narancio y Medoc, relatada en la Sociedad de Cirugía.

4º — Schwannomas. — Descrito por Leriche en 1911, en un enfermo con enfermedad de Recklinghausen. En la bibliografía nacional hay casos descritos por el Prof. Prat y el Prof. Stajano, en colaboración con los Dres. Scandroglío y C. Menéndez. Pueden ser endo o exogástricos, pediculados o no.

5º — Fibromas. — Que son muy raros.

6º.— Angiomas.— También poco frecuentes, caracterizándose por hemorragia.

ETIOLOGIA

Se ha señalado, como un factor predisponente, la gastritis atrófica, lo que no sucedió en nuestras observaciones. Rivas Diez y Goñi Moreno, hacen notar la coexistencia frecuente de litiasis biliar, que favorecería la aparición de estas lesiones por la repercusión que tiene la litiasis sobre la función motriz y secretoria gástrica, contribuyendo a la degeneración de la mucosa.

Sintomatología.— Se encuentran síntomas variados y nada característicos. Hay conservación del estado general, molestias gástricas, ardores, pesadez postprandial. En los casos complicados, que son frecuentes, se observa hematemesis y melena con sus consecuencias de anemia, que es, a veces, por lo que consultan estos enfermos. Los tumores situados cerca del píloro, dan una sintomatología más aguda y ruidosa, y los pediculados pueden hacer la oclusión temporaria del píloro, a lo que Vuillez llama la oclusión pilórica intermitente a válvula. Stajano dice: “que la sintomatología es vaga, salvo cuando se ulceran en que cambia todo el cuadro”.

Diagnóstico.— Radiología.— Frente a una sintomatología tan variable de los tumores benignos de estómago, la radiología ocupa un lugar preponderante en el diagnóstico al afirmar una lesión de muy escasa manifestación clínica, o descartar la sospecha de una lesión grave. Los tumores de naturaleza benigna, constituían rarezas. El estudio del relieve mucoso ha aumentado el número de pólipos encontrados. Como en general los tumores son de dimensiones reducidas, en el examen con replección del estómago, pueden pasar desapercibidos. La compresión dosada y el decúbito dorsal con poca cantidad de bario, son necesarias para su identificación. La presencia de una tumoración produce una falta de relleno que radiológicamente se traduce por la imagen lacunar. Esta imagen lacunar es en general pequeña, y de forma redondeada, siendo sus contornos regulares y nítidos. Cuando los tumores son múltiples, aparecen múltiples imágenes dando contornos policíclicos. El peristaltismo y la evacuación gástrica siempre que el tumor no asiente en la proximidad del píloro, no se modifican. La flacidez de las paredes del estómago, lo mismo que la de los pliegues que rodean el tumor, son signos de falta de infiltración, es decir, signos radiológicos de benignidad. Respecto a la localización los podemos encontrar en las distintas regiones del estómago, predominando en la zona del antro.

Gastroscopía.— La gastroscopía es un medio de diagnóstico de valor en la actualidad. En nuestra segunda observación, la efectuó el Dr. Abadie, cuyo informe leímos al comentar la historia clínica.

Evolución.— Pueden tener una marcha silenciosa, asintomática, o pueden llegar a la transformación maligna, lo que es fre-

cuenta. Lahey y Colcoo dicen que de siete lesiones que observaron, cinco sufrieron la degeneración sarcomatosa, y que en los adenomas encontraron el 35 % de degeneración maligna. Se dice que los tumores benignos de estómago son potencialmente un carcinoma.

Tratamiento.— El tratamiento es quirúrgico, aunque los autores difieren en la conducta a seguir. Algunos sostienen que se debe hacer la extirpación sólo del tumor benigno, sobre todo si es poliposo o pediculado. Otros son partidarios de una terapéutica más radical, haciendo la gastrectomía subtotal. Creemos que teniendo en cuenta lo que hemos visto en la evolución de estos tumores, sobre la frecuencia de la cancerización, se debe hacer siempre la gastrectomía, como la hemos realizado en nuestras dos observaciones.

BIBLIOGRAFIA

- Balfour, D.— "Benign tumors of stomach". Text Book of Surgery. Christopher. Saunders, 1944.
- Centeno, A.— "Tumores benignos de estómago". Prensa Médica Argentina, XLVI, 2196, 1943.
- Centeno, A.— "Adenomatosis del estómago". Prensa Médica Argentina, XXXV, 1992, 1948.
- Colillas, D.; Basterrica, E. y Garay, C. A.— "Adenoma del estómago". Boletín Academia Argentina de Cirugía, XXX, 337, 1946.
- Dewey, E.— "Benign tumors of stomach". American Journal of Surgery, LXV, 233, 1944.
- Finchietto, R.— "Pólipo gástrico. Laparatomía exploradora". Lecciones de Cirugía, 2ª serie, pág. 205. López y Etchegoyen, 1945.
- Judd, E. y Hoerner, M.— "Benign tumors of stomach". American Journal of Surgery, XXXI, 427, 1931.
- Mac Laughlin, C. y Collin, E.— "Pedunculated gastric tumors". American Journal of Surgery, XLVI, 250, 1939.
- Miqueo Narancio, M. y Medoc, J.— "Lipoma submucoso del estómago". Boletín de la Sociedad de Cirugía del Uruguay, XXII, 439, 1951.
- Pavlovsky, A. J. y Joly, D.— "Tumores benignos del estómago. Estadigrafía nacional". Prensa Médica Argentina, XXXIV, 1268, 1947.
- Prat, D. y Ardao, H.— "Schwanoma del estómago". Boletín de la Sociedad de Cirugía del Uruguay, XVII, 293, 1946.
- Sherman, R. M.; Long, L. y Caylor H.— "Unusual tumors of stomach". American Journal of Surgery, LXXI, 657, 1946.

Stajano, C.; Scandroglio, J. y Menendez, C.— "Tumores benignos intersticiales pediculados submucosos o subserosos de la pared gástrica de naturaleza discutida". Hechos clínicos y conceptos de clínica quirúrgica. Apartado de los Anales de la Facultad de Medicina de Montevideo. Tomo XXVI, 1941.

Zerboni, E.— "Contribución de la radiología en el estudio de los tumores benignos del estómago". Boletín de la Sociedad de Cirugía del Uruguay, XVI, 502, 1945.

DISCUSION

Sr. PRESIDENTE: Está en consideración el interesante trabajo del Dr. Bortagaray y colaboradores. — Tiene la palabra el Dr. Larghero.

Dr. LARGHERO.— Dos palabras nada más para referirme a la presentación que acaba de hacer el Dr. Bortagaray. Ha hecho un enfoque completo y ha presentado documentos radiográficos, realmente extraordinarios. Con respecto a ese tema, quiero hacer dos puntualizaciones de las múltiples que se podrían hacer, de orden clínico exclusivamente.

La primera cuestión que nos ha presentado acerca de los tumores benignos del estómago, es que el schwannoma del estómago es de diagnóstico muy difícil frente a una hemorragia cataclísmica. El hallazgo radiológico fué extraordinario. Tan es así, que en manos de Zerboni y Gorlero cuya competencia en examen radiológico está fuera de discusión, el tumor fué descubierto recién después de una segunda instancia del examen radiológico, cuando ya se estaba por abandonar creyendo que no había nada. Fué un cambio de posición lo que permitió ver el tumor redondeado. De modo que el problema puede presentarse en el caso de diagnóstico etiológico de una hemorragia cataclísmica gástrica. El hallazgo de un tumor poliposo puede ser sumamente difícil si el examen radiológico no es bien hecho.

La segunda circunstancia se nos ha presentado frente a enfermos viejos en un estado de anemia intensa con las cifras más bajas que hemos visto, y con un tumor diagnóstico como cáncer de estómago. En algunos casos pensé retroceder y no abordar el caso. Sin embargo he tenido la satisfacción de ver repuntar esos enfermos con transfusión de sangre masiva y ver en el acto operatorio que se trataba de un tumor poliposo del estómago, con transformación maligna, es verdad, pero perfectamente reseccable.

De modo que me parecen dos situaciones que son de interés clínico: primero el enfermo con hemorragia cataclísmica, entre cuyas causas hay que recordar el tumor benigno del estómago; y 2º enfermos con anemia gravísima donde el examen radiológico muestra una imagen vegetante

en el interior que hace pensar en un cáncer que está más allá de los recursos quirúrgicos: sin embargo si se trata de pólipos fácilmente son tratables por la gastrectomía sub total.

Sr. PRESIDENTE.— Felicito al Dr. Bortagaray por su interesante comunicacion. Está aquí presente el jefe de laboratorio de mi clinica que ha podido reunir cinco casos más de tumores poliposos del endo gástrico. Los 5 son schwannomas, es decir, tumores de naturaleza especial, el viejo neurinoma de Verocay que a través del tiempo se ha ido denominando en formas distintas. Algunos casos estudiados, descubiertos a consecuencia de una gran hematemesis y no voy a repetir lo que dijo el Dr. Larghero porque estamos de acuerdo, de la misma manera que el examen radiológico de esos enfermos necesita hacerse en forma especial, y siempre bien realizado es concluyente.

En una de las observaciones que tenemos, una que operé hace unos meses, el examen primero no dió absolutamente nada porque estaba rellena de bario la cavidad gástrica, y en ese caso se uniformiza absolutamente la camara gástrica y no se puede ver nada en su interior. Con una leve capa de bario el Dr. Zerboni vió perfectamente un tumor como una mandarina al cual no se le hizo como tratamiento la gastrectomía sino una gastrotomía amplia; pudiendo localizar el tumor y resecamos el punto de implantación del tumor con una operación muy simple: revisamos la pared gástrica porque puede haber un tumor revelable radiográficamente y haber otros pequeños en el resto del endogastrio y pasar desapercibidos. En ese caso, después de haber tenido conciencia y exactitud de la vision endogástrica, resecamos la pared posterior con la base de implantacion y se suturo la pared posterior y se cerró el estómago en una cava anterior. Una evolución perfecta inmediata y actual. Y hay otros casos además de los presentados que los presentaremos el año que viene con el Dr. Rodriguez en la Sociedad de Cirugía y que los ponga a disposicion del Dr. Bortagaray, por si quiere hacer un trabajo de conjunto.

Sr. PRESIDENTE: Tiene la palabra el Dr. Bortagaray.

Dr. BORTAGARAY.— Solamente unas palabras para agradecer los amables conceptos de los Dres. Larghero y Stajano y agradecerles las dos observaciones que me ceden, y a la mesa y a los congresales por haberme permitido que se haya modificado el programa para escuchar mi comunicacion.