

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL OPERATORIO ENTRE ULCERA Y CANCER DE ESTOMAGO *

Dr. ALBERTO R. AGUIAR

En la práctica quirúrgica diaria enfrenta muchas veces el cirujano, en pleno acto quirúrgico, la duda diagnóstica entre estos dos procesos. Ni la clínica ni la radiología han podido ser categóricas en un diagnóstico, y del examen operatorio debe surgir éste con la mayor certeza posible. De ese diagnóstico dependerá la conducta y técnica quirúrgicas a realizar.

Cuanto más incipiente sea la lesión diagnosticada mayores serán las posibilidades de curación.

Es un problema real, a veces de enorme importancia, que debe conocerse y que corresponde al cirujano resolver en pleno acto operatorio.

Es a este problema y colocados en esas circunstancias, al que nos vamos a referir.

Son en general bien conocidos los caracteres de la úlcera y del cáncer del estómago, así como también muchos de los elementos capaces de servir a un diagnóstico diferencial. Poco o nada nuevo vamos a agregar, sólo pretendemos jerarquizar algunos de esos caracteres, ordenarlos y sistematizarlos para que sirvan aún más a los fines diagnósticos.

Vamos a hacer dos puntualizaciones previas:

- 1) No está demás repetir que la naturaleza exacta benigna o maligna de una lesión ulcerada del estómago, sólo podrá afirmarla el examen microscópico.

* Trabajo de la Clínica del Prof. Chifflet; Hospital Pasteur.

- 2) Que el diagnóstico diferencial que acá estudiamos importa al cirujano, incidiendo en el tratamiento, que se basa en una anatomía patológica especial, quirúrgica, de dominio exclusivo del cirujano, y basada en elementos que en su mayor parte no contarán luego para el patólogo.

Las posibilidades diagnósticas son múltiples, siempre con matices distintos de un enfermo a otro, pero pasibles de esquematizarse en una serie de tipos, los más comunes.

Trataremos en especial cuatro situaciones:

- I) Úlcera crónica simple. Veremos sus caracteres, y cómo debe practicarse la exploración sistemática del abdomen buscando los elementos de ese diagnóstico.
- II) Úlcera crónica en transformación maligna incipiente.
- III) Diagnóstico diferencial entre úlcera callosa, gigante, o tumoral en sentido de masa, y el cáncer ulcerado.
- IV) El cáncer ulcerado de estómago y los caracteres que permiten reconocerlo.

I) ULCERA CRONICA SIMPLE

Exploración del abdomen

Trataremos aquí el caso más simple, aquél que el diagnóstico es sencillo. Para llegar a él debe realizarse siempre una exploración sistematizada del abdomen, más aún en los casos de duda diagnóstica, en busca de los elementos que sirvan a una diferenciación.

Abierto el abdomen y localizada la lesión debe explorarse sucesivamente:

- a) El peritoneo parietal.
- b) El Douglas, localización frecuente de metástasis incipientes.
- c) El epiplón mayor. Es asiento frecuente de epiploitis crónica (congestión, fibrosis) acompañando a lesiones gastroduodenales, y que deben saber diferenciarse de una linfangitis carcinomatosa, generalmente en forma de "trainées" delgadas, blancuecino-mates, con pequeñas formaciones nodulares o sin ellas.

d) Organos vecinos, y en especial hígado, vías biliares, páncreas, bazo, mesocolon, mesos, etc.

e) Los ganglios. Constituyen un punto muy importante. Corresponde el examen de los distintos grupos ganglionares del estómago estableciendo la topografía de las adenopatías (muy frecuente en las lesiones gastroduodenales de cualquier naturaleza) y los caracteres de las mismas. Volveremos sobre este punto al tratar el diagnóstico de úlcera en transformación maligna.

f) Finalmente corresponde el examen del estómago del duodeno y de la lesión misma. La úlcera de estómago (dejamos de lado la úlcera del duodeno porque se aleja del problema en sí) tiene frecuentemente, cuando llega el cirujano, una exteriorización serosa. Es decir que el peritoneo visceral participa de las modificaciones impuestas por el proceso.

Un elemento muy característico y valioso, sobre el que ya se ha insistido, y bien conocido por otra parte, es el aspecto de esa serosa en el punto que corresponde a la lesión: es una mancha blanquecina, a veces ligeramente deprimida en el centro, de consistencia firme, y que aparece bordeada por una red vascular fina subserosa con vasos que irradian de la misma.

Cuando se frota ligeramente con una gasa esa vascularización se marca aún más y aparece una verdadera corona congestiva subserosa.

Es importante la localización de la lesión, siendo esto un problema bien conocido y que importa para el diagnóstico diferencial con el cáncer. Las úlceras de la pequeña curva, bajas, prepilóricas, son siempre sospechosas de una transformación maligna. La úlcera de pequeña curva, alta, evoluciona en general como úlcera.

La lesión del fundus gástrico, tiene un enorme porcentaje de posibilidades de ser un cáncer. Lo mismo las lesiones de cara anterior o posterior muy extendidas, deben considerarse más como un neoplasma que como una úlcera.

La palpación de la lesión misma a través de la pared gástrica, proporciona algunos elementos: topografía, extensión, consistencia, bordes, etc., de la misma. Así realizada esa palpación

enseña del tamaño de la úlcera (las lesiones extendidas, grandes, tienen siempre una alta posibilidad de ser malignas o haberse malignizado).

Muestra, además, la depresión producida por la pérdida de sustancia en la pared gástrica, depresión infundibular, en la que encaja el dedo que palpa, circundada por bordes mucosos regulares, de consistencia homogénea, zonas induradas de la mucosa (cuando éstas existen debe sospecharse la transformación maligna).

Los bordes mucosos de la úlcera se deslizan, además, perfectamente sobre los planos subyacentes.

Finalmente la palpación podrá algunas veces servir para localizar la lesión exteriormente inaparente, o bien por falta de exteriorización serosa en caso de lesiones recientes, o aun en aquellos casos en que el fondo de la úlcera se encuentra en el espesor del epiplón menor, y se ha labrado en éste su sitio, progresando en el mismo, sin que se reconozca por las caras ninguna alteración.

Como se ve, la palpación de la úlcera a través de la pared gástrica proporciona numerosos datos de interés. Sin embargo creemos que cuando hay un problema de diagnóstico, cuando se trata de reconocer pequeñas alteraciones de los bordes, o de la consistencia de la úlcera, para pesquisar una transformación maligna incipiente, realizada en esas condiciones, con interposición de todo el espesor de la pared gástrica opuesta entre lo que se explora y el dedo que palpa, indudablemente que la maniobra pierde valor, o por lo menos pierde en fidelidad, en seguridad, y no es en esos casos un elemento ya tan útil para el diagnóstico.

II) ULCERA EN TRANSFORMACION MALIGNA INCIPIENTE

Surge acá el problema diagnóstico.

Es el más difícil, porque los elementos en que puede basarse son muy escasos, pero es también el caso más útil para ese diagnóstico por cuanto, de existir esa transformación maligna incipiente, la lesión deja de ser una úlcera para transformarse en

un cáncer en sus primeras etapas de desarrollo. Se operará con criterio cancerológico y su consecuencia: la aspiración de una cirugía curativa, tanto más probable cuanto más incipiente sea la lesión.

Se realizará en primer término la exploración sistemática de todos los elementos y órganos enumerados en el caso anterior. La búsqueda de una metástasis es fundamental.

Volveremos acá sobre un punto importante: el examen de los ganglios linfáticos.

Existiendo la o las adenopatías, ellas pueden ser por colonización neoplásica o inflamatorias. Mucho se ha dicho sobre este diagnóstico diferencial macroscópico. Los caracteres exteriores de uno y otro tipo pueden ser totalmente similares.

Se ha preconizado la biopsia extemporánea de un ganglio en casos dudosos. Sólo podrá tener valor en caso de diagnosticarse la colonización tumoral. Diremos en contra de ella que realiza el examen de un solo ganglio, y dentro de éste, de un pequeño número de cortes microtómicos. Es además muchas veces un diagnóstico difícil para el histólogo. No es, finalmente, un método aplicable a cualquier medio, ni es de dominio del propio cirujano.

El examen macroscópico o a la lupa de la superficie de sección de un ganglio, se ha preconizado también. Creemos que en personas experimentadas puede ser de cierta utilidad, pero es en cambio una premisa bien conocida que ese diagnóstico, en general, sólo lleva de cierto la posibilidad del error.

Fuera de esto es indudable que muchas veces la superficie de sección del ganglio, raspada suavemente con el bisturí, puede mostrar dos zonas bien distintas: una blanco-mate y homogénea y otra gris-rojiza de aspecto carnoso. En esos casos la naturaleza tumoral de esa primera zona puede reconocerse con cierto grado de certeza.

Otro elemento a veces muy característico, es la dureza especial, casi pétrea, del ganglio colonizado por el tumor, que surge evidente en la comparación con otros ganglios.

Cuando existen, estos caracteres son muy útiles al diagnóstico.

Es importante también establecer con cuidado la distribución de los territorios ganglionares afectados y su relación con

la topografía de la lesión. Si el territorio corresponde a la zona tributaria de la misma ello no significa nada en pro del diagnóstico; en cambio se impone como elemento de valor la adenopatía en territorios no tributarios de la lesión en favor de la posibilidad de la etiología neoplásica. Cuando existe creemos que sea un elemento valioso.

El examen de la serosa es, en el caso que tratamos, negativo. De existir exteriorización neoplásica a ella, saldríamos del caso analizado.

Quedan para este diagnóstico otros métodos de estudio. Uno conocido y practicado en distintos medios, incluso en la Clínica en que actuamos, que es la apertura del estómago y la visualización y palpación directa de la lesión. Es una maniobra de gran utilidad. Muestra directamente a la vista los caracteres de la úlcera. Se estudiarán los bordes y el fondo.

En los bordes se buscará: su regularidad, su consistencia, etcétera, palpando todo el contorno en busca de un punto indurado, un sitio de mucosa que no desliza sobre los planos subyacentes, un mamelón saliente en el borde, etc.

La presencia de alguno o varios de los elementos señalados hablará en favor de una transformación maligna. Cuando ella existe en un punto de la úlcera es muy característico reconocer a ese nivel una zona indurada del borde, que se fija a la profundidad, que en el fondo es más firme, más dura, que el fondo fibroso de la úlcera, y que a su nivel la mucosa ya no desliza sobre los planos subyacentes. Corresponde al sitio del borde mucoso en que se desarrolla la proliferación tumoral, y que en su progreso va ganando poco a poco los planos profundos. Esa proliferación adopta una topografía siempre igual, y se la puede reconocer a simple vista al corte de la lesión como una zona blanco-mate ubicada entre la línea de la superficie de la mucosa, y la línea rojiza de la muscular, ocupando la submucosa fijando los planos superficiales a la profundidad, de consistencia firme.

El corte perpendicular de la lesión es así muy característico al examen a simple vista, y permite de ese modo muchas veces el diagnóstico macroscópico. Esto que lo hemos hecho en piezas frescas, recién extraídas, no lo hemos visto hacer nunca en el enfermo; no es tampoco una maniobra que hayamos visto descrita. Sabiéndola y siendo para nosotros de gran utilidad diag-

nóstica, creemos que cuando se ha resuelto en el acto operatorio la gastrectomía, y existe el problema diagnóstico aún con la lesión bajo la vista, abierto ya el estómago, puede realizarse el corte del borde de la úlcera, incluso ubicándolo en algún punto que por la vista o el tacto, aparezca como más sospechoso. Se observarán y buscarán los elementos ya descritos. Terminada la exploración, se suturará la brecha y se proseguirá con la gastrectomía de acuerdo al diagnóstico establecido.

Repetimos, finalmente: hacer el diagnóstico de una transformación maligna incipiente, y tratar la lesión con criterio cancerológico, creemos que lleve altas posibilidades de curación.

III) DIAGNOSTICO ENTRE ULCERA CALLOSA O GIGANTE Y EL CANCER ULCERADO

Acá el problema es distinto. Toda la lesión es un ulcus o toda la lesión es un cáncer. Naturalmente que cabe la posibilidad de que una úlcera callosa sufra la transformación maligna. Volveríamos al caso anterior.

Pero dejando esa posibilidad de lado queremos referirnos en especial a esas extensas lesiones induradas, frecuentemente pegadas y perforadas en órganos vecinos, hígado o páncreas por lo común, y que por sus caracteres pueden corresponder tanto a una lesión como a la otra. La duda se plantea con frecuencia, el diagnóstico es a veces muy difícil, y el error puede ser cometido en uno u otro sentido.

Realizada la exploración metódica del abdomen en la forma ya señalada y siendo ella negativa, hay que buscar otros elementos de juicio. Es importante el estudio de las adenopatías, lo mismo que la situación de la lesión en el estómago.

En este caso hay siempre exteriorización serosa de la misma. El examen externo tiene entonces importancia. Buscar las "traíneés" neoplásicas bajo el peritoneo visceral, o irradiando hacia mesos o epiplones vecinos, pegados al fondo de la lesión o aun mismo propagándose en la superficie de un órgano adherido.

La palpación de la pared del estómago en la zona vecina, inmediata a la lesión puede ser de utilidad: en la úlcera la fibro-

sis y la induración consiguiente, son limitadas, circunscritas; en el neoplasma puede reconocerse un acartonamiento especial de la pared, a veces con la mucosa fija, que desliza poco, caracteres determinados por la infiltración de vecindad, bajo mucosa sana, en el plano de la submucosa. De persistir la duda se plantea nuevamente acá la apertura del estómago y el examen directo de la lesión. Realizado el corte examinar el aspecto de la pared a su nivel, los caracteres de las distintas capas. La lesión misma puede tener caracteres diferenciales. La úlcera tiene bordes mucosos netos, fibrosis homogénea del fondo, con superficie limpia, anacarada. El neoplasma tiene bordes mamelonados, con zonas más induradas que otras, brotantes, y el fondo mismo es más irregular, más anfractuoso, más pálido, blanco-mate.

Si la lesión se ha perforado en un órgano vecino, el aspecto del fondo puede mostrarse distinto en uno y otro caso: se reconoce parénquima con más o menos proliferación fibrosa en el caso del *ulcus*, mientras que en el neoplasma el fondo sigue siendo de aspecto homogéneo, blanco-mate pálido, y no se reconoce el parénquima invadido y *sustituído* paso a paso por el tumor, que progresando y creciendo ha llegado hasta él.

Los enumerados son todos elementos que de existir adquieren significación diagnóstica, a veces importante si se les busca cuidadosamente. Pero es indudable que no son absolutos. La distinción entre una úlcera callosa y un cáncer ulcerado, esquiroso, puede ser, y lo es con frecuencia, imposible macroscópicamente. Basta recordar, para confirmarlo, que muchas veces aun al microscopio esa distinción es difícil.

IV) CANCER ULCERADO DEL ESTOMAGO

Toda la lesión es un neoplasma; enfrentado a ella el cirujano trata de encontrar los caracteres que permitan afirmarlo.

Ese diagnóstico se basará en los distintos elementos que hemos venido señalando en los casos anteriores.

Extremar los cuidados en la exploración general, regional y local de la lesión. En este caso aparecerán como elementos de juicio las adenopatías, los caracteres de la superficie serosa, y finalmente la lesión vista por dentro del estómago. Una vez más

puede plantearse la sección de un borde de la misma y el estudio de la superficie del corte, resuelta ya la gastrectomía. No puede objetarse a esa maniobra la posibilidad de abrir nuevas vías a la diseminación del neoplasma, por cuanto en la exéresis, que ya ha sido resuelta, se extirparán ampliamente los territorios linfáticos correspondientes.

En los casos de duda la creemos de utilidad.

Para terminar, en lo que respecta a extensión lesional de un neoplasma gástrico, recordemos una frase de Maimon y Palmer:

- que el cirujano ve más que el radiólogo;
- que el anatomopatólogo ve más que el cirujano,

y que nosotros completaríamos agregando: que muchas veces la realidad va aún más allá que lo que ve el patólogo.