

SESION PLENARIA

TEMA:

TRATAMIENTO QUIRURGICO
DEL CANCER DE ESTOMAGO

CONTRIBUCION.

SOBREVIDA EN LA CIRUGIA DEL CANCER DEL ESTOMAGO

Dr. EMILIO ETALA
(Buenos Aires, Rpea. Argentina)

Los enormes esfuerzos realizados en los últimos veinte años para mejorar los resultados del tratamiento quirúrgico del cáncer de estómago, si bien han sido eficaces, en parte, en cuanto a los resultados, éstos son desproporcionados a la magnitud del trabajo realizado, lo que ha desalentado a muchos investigadores que depositaron tanta esperanza en la amplitud de la cirugía y en su perfeccionamiento técnico que en forma progresiva se fue obteniendo.

Es evidente que existen muchos problemas aún oscuros en la patología del cáncer de estómago y, en especial, en lo que respecta a su evolución y diseminación, ya que en algunas circunstancias llegan a producir una relación paradójica entre la duración de los síntomas y en pronóstico. Como otros cirujanos, nosotros también hemos comprobado numerosos casos con síntomas de larga duración que han dado mejor sobrevivida que otros con sintomatología mucho más breve.

Este hecho ha llegado a desconcentrar a quienes han pretendido realizar un diagnóstico precoz del cáncer gástrico para mejorar la sobrevivida. Sin embargo, es indiscutible que la probabilidad de curación es evidentemente mayor, cuanto más precoz sea la resección, sin interesar la antigüedad de los síntomas. De nuestras observaciones y controles, extraemos algo, que hasta ahora puede constituir un lemo: "La esperanza de mejorar los resultados, sólo puede cifrarse en una cirugía más radical y más precoz".

Importancia pronóstica del tipo macroscópico del tumor.— Prescindiendo de la clasificación microscópica, que por otra parte se prestaría a una discusión prolongada, y que luego comentaremos rápidamente, la agrupación de los tumores malignos de estómago en cuatro tipos macroscópicos, de acuerdo a Borrmann, nos ha sido realmente útil como orientación en el pronóstico, ya que la gran mayoría de los pacientes resecaos con sobrevivida de cinco años o más, pertenecen a los grupos I y II de dicha clasificación macroscópica. Esta ha sido eficiente como índice de pronóstico en el cáncer de estómago, pero debemos comprender que no han de incluirse los tumores en la etapa metastásica o invasora de los órganos vecinos.

En nuestra experiencia la clasificación histológica ha sido de utilidad mucho más limitada. En esta limitación indudablemente juega un papel importante la coexistencia frecuente en un mismo tumor de tipos histológicos diferentes.

Criterio seguido con las úlceras gástricas.— No somos partidarios de la resección sistemática de todas las úlceras gástricas. Creemos que cada enfermo debe ser sometido a un estudio cuidadoso, individual, clínico, radiológico, endoscópico, etc. Somos reseccionistas con radicalización cancerológica de las úlceras que por su ubicación topográfica (úlceras de gran curvatura y de antro) y en las úlceras que por su morfología radiológica o características endoscópicas orienten a la malignidad.

En estos casos no practicamos ninguna prueba terapéutica. La decisión operatoria debe ser rápida y la resección con la amplitud indicada, en extensión y en profundidad. Sólo practicamos prueba terapéutica y resolvemos operar, cuando la úlcera no obedece al tratamiento, o tiene poca capacidad curativa y cuando por su ubicación topográfica, morfología radiológica o por su aspecto gastroscópico no demuestre signos sospechosos de malignidad.

Criterio con los tumores polipoideos.— Indicamos la operación en todos los casos de tumores polipoideos aunque su aspecto radiológico y endoscópico no hagan sospechar un proceso maligno. Creemos que ningún tumor de este tipo debiera ser tratado con recursos médicos, aunque fuera controlado periódicamente, como aconsejan algunos gastroenterólogos, y sólo resolverse a

operar cuando aparezca algún signo de malignidad (crecimiento rápido, cambios radiológicos o endoscópicos, etc.). Insistimos, entonces, en la indicación quirúrgica, en todo tumor polipideo de estómago.

Si durante la operación dudamos de su naturaleza benigna o maligna, la biopsia intraoperatoria con gastroscopio "ad hoc", la consideramos muy útil, para no hacer una operación insuficiente o innecesariamente mutilante.

Elección del procedimiento quirúrgico.— Aunque no somos partidarios de la gastrectomía total "por principio", la practicamos en el 30 % de los casos de cáncer de estómago, cuando tenemos la convicción que con una resección menor, no es posible extirpar toda la lesión. Hemos realizado gastrectomía subtotal radical distal, en los casos de lesiones limitadas al antropíloro y aún en ciertas ocasiones, cuando la lesión no siendo infiltrativa, avanzaba sobre el cuerpo gástrico. También en lesiones del grupo I y II de Borrmann, ubicados en la parte baja del cuerpo gástrico. La resección que practicamos extirpa: la porción del duodeno y parte de la 2ª porción; estómago en su mayor parte, no dejando nada de pequeña curvatura y sólo un pequeño segmento de 2 a 3 cm. de la gran curvatura irrigado por un vaso corto. Disección del tronco celíaco y ligadura de la arteria coronaria, a su salida del mismo tronco. Extirpación del pequeño y gran epiplón. Dirección y extirpación de los ganglios infrapilóricos, retroduodenales y del hilio hepático. Extirpación de la hoja superior del mesocolon transversal. La gastrectomía proximal, la realizamos en los casos de lesión limitada del techo gástrico o cánceres esófagocardiotuberositarios de tipo I o II de Borrmann. La resección comprende, el esófago inferior, techo y cuerpo gástrico, hasta el antro, bazo, cuerpo y cola del páncreas, epiplón menor y mayor de la zona a reseccionar, disección del tronco celíaco, ligadura de la coronaria a su salida de la misma.

En la actualidad mientras no se cambie el enfoque del tratamiento del cáncer de estómago para conseguir una mejoría en los resultados operatorios, debemos:

- a) Laparotomizar todos los casos de cáncer de estómago excepto cuando el estado general es tan precario que el paciente no esté en condiciones de tolerar la operación.

- b) Realizar mayor número de resecciones paliativas.
- c) Realizar resecciones radicales cuando hay esperanzas cura.

En nuestra estadística, como expondremos más adelante, hemos podido comprobar, que las úlceras gástricas malignas, especialmente aquellas que son de difícil diferenciación con las benignas, por los medios clínicos a nuestro alcance, son las que conjuntamente con los grupos I y II de Borrmann, nos han dado las mejores sobrevividas. Es obvio decir que la táctica quirúrgica en estos casos, debe ser la adecuada a su naturaleza maligna. No podemos aceptar a esta altura de nuestros conocimientos que una úlcera de estómago pueda ser operada siempre con un mismo criterio, sea ésta benigna o maligna.

Las formas infiltrativas (tipo III y IV de Borrmann) son las de peor pronóstico, aunque estén localizadas. En nuestras observaciones ningún caso de infiltración difusa, tuvo una supervivencia de cinco años.

Debemos aclarar que el límite convencional de cinco años, de ningún modo significa una barrera definitiva, para deslindar los casos curados, de los no curados, pues hemos visto recidivar a los cinco años y medio a los seis años, y en un caso a los diez años.

Todos los pacientes que sobrevivieron más de cinco años tenían la lesión localizada en la parte distal del estómago, menos uno, en el que el tumor estaba localizado en el cardias.

Desde enero de 1942 a diciembre de 1954 hemos operado 210 casos de cáncer gástrico. No hemos realizado la estadística de los años 1955 y 1956, por falta de tiempo. Están excluidos 9 enfermos que no pudieron ser controlados. De los 210 enfermos, fueron resecados, 164. De este grupo 164 casos, el 58,5 % o sea 96 casos, fueron sometidos a una gastrectomía subtotal, radical, distal, de los cuales, 69 fueron con esperanzas de curación. El 26,1 %, o sea 43 casos fueron sometidos a una gastrectomía total y el 15,2 % o sea 25 casos a una gastrectomía proximal. De los 164 casos resecados vivieron cinco o más años 18, o sea el 10,9 %.

Si consideramos solamente el grupo en que se hizo resección con probabilidades de curación, el porcentaje de supervivencia de

cinco años o más, fue de 18,7 %. En este grupo hemos tenido 18 curaciones, de los cuales, 15 presentaban lesión distal (gastrectomía subtotal, radical, distal). De este grupo de 15, se pueden separar 13 casos, con lesión polipoidea o ulcerada y 2 casos con lesión infiltrativa local, antropilórica. De estos 2 últimos casos, uno con lesión infiltrativa local, típica (escirro) y uno con lesión infiltrativa pero con degeneración mucoidea de sus células (células en anillo de sello). Del grupo de 18 casos, hubo 2 que fueron sometidos a gastrectomía total por lesión de tipo II de Borrmann. Un solo caso de lesión polipoidea (tipo I) del tercio superior del esófago, se le practicó una gastrectomía radical proximal. En 5 casos de los 15 que sobrevivieron cinco años se practicó gastrectomía subtotal radical, con extirpación del bazo. En 3 casos además se extirpó también cola y cuerpo de páncreas. En los 2 casos de sobrevivida de los gastrectomizados totales se hizo además de la extirpación total del estómago, una esplenectomía y pancreatectomía córporocaudal. En el único caso de esta serie de los que sobrevivieron los cinco años con gastrectomía proximal, se hizo también la extirpación del bazo con cuerpo y cola de páncreas.

Del total de 18 casos de sobrevividas, en 5 había ganglios neoplásicos en la vecindad del tumor. El estudio histológico fue realizado por congelación durante la operación y confirmado por inclusión en parafina posteriormente.