

CONTRIBUCION.

CANCER GASTRICO

*Dres. GUILLERMO F. COTTINI,
ISMAEL D. SUAREZ, RUBEN SIANO QUIROS,
HECTOR DUCHINI y JULIO MARMOL*

El tema que nos ocupa es siempre motivo de renovada discusión, prueba evidente de que aún no se han alcanzado soluciones definitivas.

Se actualizan los adelantos y se informa sobre los resultados logrados por la cirugía, pero indefectiblemente se reconoce la triste realidad: los pacientes llegan tarde a manos del cirujano y los modernos métodos de diagnóstico no consiguen aún abreviar ese lapso.

No entraremos a considerar sus causales, pues está en el ánimo de todos los presentes. Ello no obsta para repetir una vez más la necesidad de que las entidades sanitarias redoblen las campañas de divulgación científica a los efectos de que esta enfermedad, como ha sucedido con la tuberculosis y con la sífilis, pueda ser despistada en una etapa más temprana de su evolución, única manera, por el momento, de instituir una terapéutica más efectiva.

A los internistas nos dirigimos insistiendo sobre las ventajas de indicar la exéresis de las úlceras gástricas, medida segura, sin duda alguna, de verdadera profilaxis del cáncer de estómago.

En varias oportunidades nos hemos ocupado del tema exponiendo la experiencia acumulada en el Servicio que dirigiera el Prof. Julio Diez, por más de veinte años, y en la actualidad, a cargo del Profesor De Nicola. Nuestra casuística alcanza una cifra considerable en nuestro medio: 379 pacientes operados, pero como corresponden a un período de veinticinco años, juzgamos que los estudios estadísticos globales carecen de valor absoluto, pues en ellos se cotejan porcentajes correspondientes a enfermos asistidos en distintas épocas, con variados elementos

de diagnóstico y tratamiento, por lo que omitiremos hacerlo. Sólo juzgamos útiles las evaluaciones sobre el último centenar de pacientes operados, en los que existió uniformidad en el criterio terapéutico empleado, pero, repetimos, en esta ocasión no lo haremos, pues deseamos encarar el tema desde otro punto de vista.

La cirugía del cáncer gástrico se reduce a practicar la exéresis total o subtotal del estómago y de sus vías linfáticas correspondientes. Todo gira alrededor de este planteo. Si bien la gastrectomía total fue practicada con anterioridad a la subtotal, no se vulgarizó su empleo por las condiciones del medio (fines del siglo pasado) que no evitaban su gran riesgo.

Fue así como la gastrectomía subtotal fue ganando adeptos, constituyendo por muchos años la terapéutica de elección. Indudablemente este tipo de resección no cumple con los postulados que la cirugía cancerológica impone y ello fue el motivo principal para que la gastrectomía total, con amplia linfadenectomía, resección del epiplón mayor y eventualmente del bazo y cola de páncreas, beneficiada por los nuevos progresos en materia de tratamiento del postoperatorio, fue ganando posiciones hasta ocupar un lugar de privilegio en algunas escuelas quirúrgicas. Al poco tiempo, se enfrentaron dos tendencias: quienes como Marshall, Lahey, Longmire y otros la indicaban en todos los casos, aún en los cánceres pequeños, y los que la reservaban sólo para los cánceres masivos o a localización cardíofúndica. Los cirujanos restantes, que no eran pocos, permanecieron fieles a la gastrectomía subtotal. Creemos que la discusión fue mal planteada desde su comienzo. La gastrectomía total o la subtotal no deben ser valoradas exclusivamente con criterio anatómico, sino funcional, es decir, valorando los resultados que ambas proporcionan según las condiciones de vida del paciente y a través del tiempo transcurrido.

La gastrectomía total, según nuestro juicio, no es indicación obligada en el tratamiento del cáncer gástrico. Son muchos e importantes los detalles que deben ser considerados para indicarla. Nadie ignora que la erradicación del tumor y de sus vías linfáticas ha constituido un principio irrefutable de terapéutica cancerológica. Si bien ello se cumple sin discusión en el tratamiento del cáncer de la mama, del útero, del recto o de la ti-

roides, debe reconocerse que tal conducta no perturba en esos casos el funcionalismo orgánico ulterior, en la magnitud en que lo hace la remoción total del estómago. Si los índices de supervivencia la justificaran, nadie vacilaría en proclamar su empleo en forma exclusiva. Pero la compulsión de los gastrectomizados totales y de aquellos que han sufrido la ablación parcial del estómago, en nuestro medio, deja un saldo desfavorable para los primeros.

¿En qué condiciones vive un gastrectomizado total, operado con técnica inobjetable y asistido con todos los recaudos modernos de dietética y quimioterapia? Se crea con la intervención una nueva situación, una nueva patología que incide en forma desfavorable sobre el régimen de vida del paciente. La privación del reservorio gástrico perturba la primera fase de la digestión, altera la absorción de las vitaminas, altera la crisis sanguínea y perturba el funcionalismo intestinal, en particular la absorción de las grasas, determinando diarreas pertinaces. Se crea un estado orgánico de verdadero pauperismo, que Stammer denominó gráficamente “tipo Belsen” por comparación con los reclusos de aquel campo de concentración.

La sobrevida de estos pacientes, tampoco justificó esa suerte. Stammer, sobre 1.330 resecados, encuentra que sólo 36 sobreviven cinco años y todos ellos habían sufrido gastrectomía subtotal. Este argumento se repite en las estadísticas de Walters, Grey, Priestley, etc., y la confirma la lectura de la estadística de Lahey y Marshall, tan afectos a la gastrectomía total, pero que en sus propias manos no reporta mayor ni más comfortable sobrevida que con la gastrectomía subtotal. Pero esto sucede con los operados en otros centros. En lo que respecta a nosotros, debemos reconocer que en materia de cirugía gastroduodenal hemos recorrido un camino tal que nos habilita para formular conclusiones; ellas son coincidentes con las anotadas anteriormente. Confirmamos en nuestros pacientes las condiciones precarias resultantes de una gastrectomía total y la idéntica, y a veces menor, sobrevida que con otros procedimientos quirúrgicos. Como consecuencia de ello, se ha registrado un cambio en el criterio quirúrgico y ya no se defiende la resección total con tanta vehemencia. Aun en los localizados en el cardias, indicación indiscutida para la gastrectomía total, se co-

mienza a practicar la operación de Nuboer (resección cardiofúndica dejando antro intacto y realizando anastomosis esófago-gástrica con un tubo laprado a expensas de la curvatura mayor restante). Si bien no tenemos experiencia con esta técnica, consideramos debe ser muy tenida en cuenta.

¿Cuál es entonces nuestra posición? Si la gastrectomía total, aún en manos entrenadas, comporta mayor riesgo quirúrgico que la subtotal no proporcionando mejores resultados alejados y no prolongando los índices de supervivencia, ¿por qué insistir en su práctica?

¿Debemos proceder con criterio estrictamente cancerológico o en esta localización del cáncer, supeditar la táctica a los resultados?

Acompañamos a Bayley cuando expresara gráficamente: "no importa cuán larga es la vida, sino cómo se la vive".

Por ello, somos decididos partidarios de la gastrectomía subtotal, reservando la resección gástrica total exclusivamente a los cánceres localizados en la región cardiofúndica.

Hasta aquí hemos expuesto nuestra posición quirúrgica. Deseamos ahora formular una pregunta: ¿el cáncer gástrico, con los nuevos conocimientos adquiridos sobre su propagación, debe continuar siendo tributario de la cirugía con el concepto de órgano y territorio, como hasta el presente? ¿Es que la resección total del mismo y de sus vías linfáticas, pone a cubierto de las recidivas en forma concluyente? Evidentemente, no.

Es de observación frecuente que técnicas inobjectables, que cumplen con todos los postulados cancerológicos, no son seguidas del éxito esperado.

Tenemos pacientes que con operaciones paliativas han tenido largas supervivencias, en tanto que otros, operados en lo que consideramos en una etapa evolutiva precoz, han recidivado antes de cumplir un año.

Muchos son los detalles que se nos escapan y que juegan un papel de innegable importancia. ¿Será el factor terreno, será el momento en que se practica la remoción del cáncer, entrarán en juego factores enzimáticos hormonales?

Mientras no podamos contestar satisfactoriamente estos interrogantes, sólo podremos ofrecer a los pacientes los precarios resultados que nos depara la cirugía actual.