

CANCER SUPERFICIAL DEL ESTOMAGO

Dres. IVAN GOÑI MORENO
y FELIX A. PEREYRA

(Buenos Aires. Rep. Argentina)

El cáncer gástrico, aún acantonado en la mucosa, puede dar manifestaciones clínicas iniciales que han de servir para la investigación radioendoscópica. En 1935 Mc Kittrick y en 1936 Warren Cole, publicaron las primeras observaciones. El último, una historia clínica de úlcera intervenida en base a radiografías que suponían una modificación en la peristalsis de la pequeña curva, ofrece negatividad absoluta a la exploración quirúrgica. No obstante reseca parte del estómago y el examen histológico demuestra un adenocarcinoma infiltrante en toda la capa gástrica, incluso el peritoneo. Todo este gran cuadro histológico se acompaña de una pequeña úlcera chata, superficial, mucoerosiva. Parecería que estos estudios que sirvieron de base al nuevo problema así planteado en el carcinoma gástrico, estuvieron en relación con la gastritis atrófica y en dicha piera era dable observar todos los estadios evolutivos de la gastritis hasta el cáncer.

Mencionamos esta valiosa contribución del ilustre cirujano de Chicago porque comienza la presunción de la forma inicial posible del cáncer sobre una gastritis atrófica y sobre todo porque ya se muestran dos hechos importantes:

- 1º) La posibilidad de un diagnóstico clínico o por lo menos la necesidad de orientar el despistaje del cáncer con insignificantes manifestaciones clínicas de tipo ulceroso.

2º) Porque también existen y se documentan signos iniciales radiológicos que han superado los datos obtenidos por la laparotomía.

Gutman, en 1938, admite la existencia de dos entidades: a) el cáncer ulceriforme que hace su degeneración "in situ" y en el que clínicamente no existe ningún pasado ulceroso largo reconociéndose en radiología sólo ausencia de interrupción de la mucosa y fisuración marginal con clínica de úlcera; b) el cáncer mucoerosivo a marcha lenta de larga historia clínica ulcerosa, que puede persistir años sin tendencia a la agravación; cáncer que no se ve en la pieza ni en la exploración.

Relata Gutman algunos casos, uno de ellos muy interesante del Prof. Seneque que se negaba a gastrectomizar aún explorando el estómago por dentro y que dos años después desarrolla un cáncer típico infiltrante. Aquí no hubo ulceración visible, es una forma de infiltración neoplásica superficial mucoerosiva y multicéntrica que observada macroscópicamente no da evidencia de lesión. Soupault refiere también casos similares. Los cirujanos van habituándose a esta discordancia clínicoradiológica con la macroscopia intraoperatoria y acceden al requerimiento del gastroenterólogo que insiste en la gastrectomía. Hace poco tiempo, en el Hospital Rivadavia de Buenos Aires, un distinguido cirujano de la Sala XV, cuyo jefe es el Dr. Carlos Velasco Suárez, estaba operando un caso de estómago con diagnóstico radiológico presuntivo de cáncer y hallándose presente fue requerida mi opinión al comprobarse ausencia completa de lesiones en el estómago y en los órganos de vecindad. Este cirujano era el doctor Abella, que opera estómago con gran eficacia. No supe qué aconsejarle en ese momento y decidimos explorar el estómago por dentro no hallando lesiones. Se resolvió gastrectomizar y en el estudio de la pieza aparentemente indemne, el Dr. Colillas, cuya conocida preparación es obvio comentar, encontró un adenocarcinoma superficial intramucoso asentando en el antro gástrico.

En el libro de uno de nosotros (G. M.) publicado en colaboración con el Dr. Aníbal J. Señorans, en 1954, hicimos figurar la estadística de nuestra experiencia en cáncer gástrico comprendiendo el período 1942-1952, con 204 casos. Posteriormente, hemos podido reunir 228 casos más, lo que hace un total de 432 casos de carcinoma del estómago en dieciocho años.

Primer período 1942-1952:

Cáncer superficial	1
Cáncer pequeño	6
Úlcus-cáncer	14
Adenoma cáncer	8
Cáncer extendido	185

Segundo período 1953-1960:

Cáncer superficial	7
Cáncer pequeño	8
Úlcus-cáncer	9
Adenoma cáncer	7
Cáncer extendido	197

Reuniendo ambas series, tenemos una incidencia de 87 % de cáncer extendido o cáncer común dentro del cual se pueden extraer 20 % de tumores que pueden ser extirpados sin dejar cáncer aparente o por lo menos visible durante el acto operatorio, pero siempre debe considerarse que la sobrevivencia de estos enfermos es más bien corta, exceptuando un 2 % aproximadamente que a pesar de haber presentado lesiones groseras, se los encuentra vivos después de diez años, sin poderse establecer exactamente el motivo de esa discordancia ya que es bien sabido que cánceres de tamaño pequeño pueden dar metástasis en menos de tres meses después de la operación.

La incidencia porcentual del cáncer superficial, sin que pueda considerarse estrictamente superficial al que histológicamente ha penetrado en algún sector dentro de la submucosa, es de 2 %. En la reciente publicación del Dr. Alberto Valls, de la Clínica Quirúrgica del Prof. Del Campo, hay cuatro casos en 140 cánceres de estómago en el período 1954-60, es decir, en porcentaje algo mayor que el nuestro.

Seis de nuestros casos de cáncer superficial fueron presentados en el XVII Congreso de la Sociedad Internacional de Cirugía celebrado en México en octubre de 1957. Estos casos están discriminados sintéticamente en el cuadro a continuación y debemos mencionar muy especialmente el hecho de que en el primer período sólo tuvimos un caso descubierto sobre 204 cánceres, lo que daría el 0,50 % y en el segundo período 7 sobre 228 casos. Esto sin duda es el resultado del trabajo intensivo

CANCER SUPERFICIAL (6 casos)

Núm. Edad - Sexo	Radiología	Gastroscopia	Labo.	Oper.	Anatomía patológica	Metás. G. reg.	Evolución
100.846 65 a. M.	Surco lacunar pa- ralelo a la peque- ña curva antral.	En antro ulceración en forma de herra- dura con finos bro- tes en su centro.	Ligera Hr.	Gap.	Inclusión 7415. Ade- nocarcinoma inicial ulcerado, 3 x 3 cm. en zona antral. El tumor no ha perfo- rado la muscularis mucosae. Intra- mu-	No.	Vive a los 12 años de operado.
113.482 58 a. M.	Pequeña neopla- sia gástrica inei- piente en las ve- cindades del án- gulo gástrico.		N.	Gap.	Inclusión 8435. Car- cinoma intramuco- so casi en totali- dad, con pequeñas glándulas aisladas que penetran la submucosa. Super- ficial.	No.	Fallece por inter- currencia a 7 días de la operación.
113.890 44 a. M.	Desfiladero con rigidez en antro.		O.	Gap.	Inclusión 8218. Ade- nocarcinoma de an- tro. Cáncer intra- mucoso invadiendo quodeno por mucosa. Tumor chato, extendido. Intra- mucoso.	No.	Vive 10 años des- pués de la opera- ción.

Núm. Edad - Sexo	Radiología	Gastroscofia	Labo.	Oper.	Anatomía patológica	Metás. G. reg.	Evolución
116.162 66 a. M.	Rigidez en antro.	Antro sin proliferación. En cara: infiltrado mucoso, rigidez de zona. No se ve lesión ulcerada. Diag.: tumoración submuc. antr.	Hr.	Gap.	Inclusión 8572. Carcinoma inicial de zona antral, ulcerado. En el corte examinado, el blastoma sólo ha perforado la muscularis mucosae, sin infiltrar la muscular. Superficial.	No.	Vive 12 años después de la operación.
189.806 52 a. M.	Imag. de úlcera.	—	—	Gap.	Inclusión 15218. Dos carcinomas intramucosos; uno sobre pequeña curvatura a 2 cm. de píloro, otro en cara posterior completamente independiente. La muscularis mucosae está indemne. Intramucoso.		Vive 7 años después de la operación.

Núm. Edad - Sexo	Radiología	Gastroscopia	Labo.	Oper.	Anatomía patológica	Metás. G. reg.	Evolución
175.171 62 a. M.	Nicho en curva- tura menor.	Mucosa de color pálido. Hay mucho líquido que no per- mite profundizar el examen.	Ho.	Gap.	Inclusión 13992. Pe- queña úlcera poco profunda en c. me- nor. Otra úlcera en c. mayor de 1 cm. de diámetro; mi- croscópicamente es un cáncer superfi- cial que comienza a invadir la sub- mucosa en alg. pun- tos. Muscular in- taeta. Superficial.	No.	Vive 6 años des- pués de operado.

Abreviaturas: Hr.: Hiperclorhidria, hiperacidez. N.: Normoclorhidria. O.: Anaclorhidria. Ho.: Hipoclorhidria. Gap.: Gastrec-
tomía amplia parcial.

desplegado por el equipo clínicogastroenterológico del Dr. Aníbal J. Señorans y de los radiólogos que han intervenido en nuestros casos, los Dres. Roca, Aguirre, D'Alotto, Dónovan y el mismo Señorans. Hay que mencionar en forma destacada la gran colaboración prestada por el Prof. Dr. Eduardo J. Lascano, que se desempeña como Jefe de la División de Anatomía Patológica del Instituto de Haedo.

Dice el Prof. Lascano que no se puede aplicar al cáncer superficial o intramucoso del estómago la denominación de carcinoma "in situ", pues este título debe ser reservado para los cánceres que se desarrollan en epitelios planos estratificados, como el del cuello uterino que asienta sólo en el epitelio sin invadir el corium subyacente. En estos epitelios estratificados no hay linfáticos y, por lo tanto, no puede haber metástasis. La situación del carcinoma intramucoso superficial del estómago es muy distinta porque infiltra el corium de la mucosa y existe la posibilidad, por cierto remota, de las metástasis por los linfáticos de la mucosa, aun cuando el cáncer sea estrictamente intramucoso sin haber perforado la muscularis mucosae.

Así pues el cáncer del estómago puede ser separado en dos grandes grupos que para el cirujano significa la base del pronóstico, estén o no invadidos los linfáticos regionales de la pieza gástrica y más aún sin invasión de estos linfáticos que parten de las tunicas para ir a los ganglios. Basta que el cáncer sea netamente infiltrante, así fuera su tamaño muy pequeño o que se trate de un ulcus-cáncer o de un adenoma cáncer, como los que presentamos hoy en otra comunicación, para que el pronóstico cambie fundamentalmente.

Desde el punto de vista teórico y una vez establecida la verdadera situación de la malignidad, podemos asegurar que el cáncer superficial que no ha perforado la muscularis mucosae, cura con cirugía en el 100 % de los casos. En nuestra serie de 6 casos que presentamos aquí, hay 3 que son el primero, el tercero y el quinto en el cuadro, donde puede verse en la descripción de anatomía patológica que no ha sido perforada la muscularis mucosae y viven actualmente después de doce, diez y siete años de la gastrectomía (fig. 1). En el segundo caso que fallece por intercurencia a los siete días de la operación, algunas glándulas penetran la submucosa, pero en el cuarto y sexto, que se

los halla vivos después de doce y seis años de la gastrectomía, ha sido perforada la muscularis mucosae en algunos puntos. No los consideramos netamente infiltrantes.

Ninguno de estos casos tenía metástasis en los ganglios regionales.

En referencia a la sintomatología clínica nos mostramos en un todo de acuerdo con el trabajo mencionado del Dr. Valls, sobre la dispepsia de tipo ulceroso cuando ella no se altera por un padecimiento de la vesícula biliar, a la que se podría atribuir la transformación del ritmo o gran parte de la sintomatología. No tuvimos hematemesis en nuestros casos. El sufrimiento fue de larga data y la radiología mostraba los aspectos de rigidez, imágenes lecuñares, ulceriformes, etc.

Pero sorprende la discordancia entre la magnitud de algunas lesiones observadas en la radiología con la indemnidad aparente de lo que se encuentra en la exploración operatoria. La histología patológica vuelve nuevamente a agrandarnos la situación, de tal manera que pasamos por tres períodos realmente sorprendentes, precedidos por una clínica banal, pero suficiente para llevar al enfermo a la consulta:

- a) radiología alarmante, sobre una simple dispepsia;
- b) comprobación operatoria desconcertante; y
- c) histología nuevamente alarmante.

Cuando aún con pequeñísima superficie cancerizada la invasión en profundidad se hace a las demás capas gástricas, llegando incluso, como en el caso de Warren Cole, hasta el peritoneo, podemos asegurar que el cáncer posee ya un potencial invasor y aún en muy reducido tamaño es un cáncer bien infiltrante y es cuestión de tiempo y de mayor o menor desarrollo para que adquiera los caracteres típicos de ese cáncer que llamaremos común contra el cual desgraciadamente la cirugía tiene poco que hacer.

Posteriormente Cabot y Case relatan otra observación que puede superponerse a la de Warren Cole, porque la lesión ubicada en la mucosa pudo ser diagnosticada por biopsia en base a la atipia y monstruosidades de las células de secreción, ofreciendo un cuadro histológico tan mínimo que se prestó a numerosas controversias. No se resecó y durante años siguió con

molestias gástricas exigiendo reintervenirse por otro cirujano que reseco, encontrando en la histología de la pieza un cáncer intramucoso bien definido, del tipo mucocerosivo, poco infiltrante.

Desde el punto de vista quirúrgico estos cánceres deben ser tratados por gastrectomía subtotal o parcial amplia con la misma técnica utilizada para la cirugía de cualquier tipo de cáncer gástrico, como ha sido brillantemente expuesta por el señor Relator y su colaboradora la Dra. Castiglioni, a quienes nos permitimos expresarles nuestras más sinceras felicitaciones por su magnífica exposición.