

CONTRIBUCION.

TRATAMIENTO QUIRURGICO DEL CANCER DEL ESTOMAGO

Adenoma y cáncer; úlcera y cáncer

Dres. FELIX A. PEREYRA e IVAN GOÑI MORENO

Los resultados obtenidos con el tratamiento quirurgico de las formas infiltrantes del cáncer del estómago, desafortunadamente los más frecuentes, han sido sumamente pobres.

¿Cuándo podremos formular un buen pronóstico?; ¿cuándo un cáncer es susceptible de curar con la exéresis quirúrgica? Cuando no ha penetrado, invadido, las distintas capas del estómago.

Así considerado, podemos incluir en este grupo al cáncer superficial (intramucoso puro o con invasión de la muscularis mucosa) del que nos ocuparemos en otra contribución; las úlceras cancerizadas con cancerización intramucosa y los adenomas cancerizados, también con cancerización intramucosa.

En nuestra casuística, hecha en base a enfermos gastrectomizados en el Instituto de Cirugía de Haedo (República Argentina) en un período de poco más de diez años, encontramos que de 230 cánceres, 18 habían nacido incuestionablemente en una úlcera; 11 eran pólipos cancerizados y 6 cánceres superficiales, que en conjunto hacen un porcentaje de casi un 15 %. Como se puede observar en la tabla que proyectamos, el porcentaje de metástasis ganglionares regionales de estas formas es infinitamente menor que en las formas infiltrantes: 44 %, 25 % y 0 % (cuadro 1).

ADENOMA Y CANCER

Hay cierta confusión y divergencia de opiniones en la literatura con respecto a la transformación carcinomatosa de los adenomas gástricos, incluidos bajo el término genérico de pólipos.

Cuadro 1

CARCINOMAS GASTRICOS

Tipos	Número de casos	Porcentaje	Porcentaje de metástasis ganglionares
Infiltrante	181	79,0 %	73 %
Ulcus cáncer	18	7,8 %	44 %
Linitis plásticas	14	6,1 %	75 %
Poliposo	11	4,8 %	25 %
Superficial	6	2,6 %	0 %
Total	230		

Cifras globales

Sobre 230 casos, 67,7 % tienen metástasis; 32,3 % no tienen.

Algunos autores, los menos, sostienen que el cáncer poliposo es siempre maligno desde un comienzo y no aceptan la transformación del adenoma en cáncer; otros hablan de la posible coexistencia de ambos tipos de tumores como procesos independientes desde un principio; otros se concretan a citar porcentajes de coexistencia (por demás significativos) de pólipos y carcinomas en un mismo estómago sin expresar opinión categórica sobre la posibilidad o frecuencia de la transformación cancerosa; y otros sostienen enfáticamente la transformación del adenoma en adenocarcinoma. Nosotros creemos que los pólipos o adenomas gástricos tienen una franca tendencia a la transformación carcinomatosa, como todos los adenomas del tubo digestivo. Nos basamos para ello en el material por nosotros estudiado.

Hemos observado 11 casos de adenomas gástricos, solitarios o múltiples, de los cuales 5 habían sufrido la transformación cancerosa con invasión de la muscularis mucosa en los 5 y 2 con metástasis ganglionares en el momento de la operación, lo que hace un 45,5 % de transformación carcinomatosa, porcentaje que coincide con los de otros autores: Werchelbaum, de 50 % a 60 %; Doeing, 46 %; Miller, Elliason y Wright, 35 %; Stewart, 28 %; Brown y Pearl, poco más de 50 %; Benedict y Allen 41,2 %; etc.

En uno solo de nuestros casos se trataba de un adenoma sin atipías celulares y en los 5 restantes las células eran tan atípicas que se los clasificó como verdaderos cánceres iniciales que todavía no habían perforado la muscularis mucosa, pero que seguramente lo hubieran hecho en un lapso más o menos largo, imposible de precisar. En la literatura no se insiste suficientemente sobre la presencia de estas atipías histológicas de tipo carcinomatoso que se observan con tanta frecuencia en los adenomas gástricos, siendo muy común ver también un considerable número de cariocinesis. Podemos decir que histológicamente hemos visto la cancerización comenzando en la superficie del pólipo y luego crecer hacia la base, hasta finalmente perforar la muscularis mucosae. Estos hechos nos obligan a considerar a los pólipos o adenomas gástricos como estados precancerosos.

Como los distintos medios de diagnóstico no nos pueden dar seguridad sobre el carácter benigno de un adenoma y teniendo en cuenta su potencialidad de transformación maligna, sostenemos que, aun en ausencia de toda complicación, estos enfermos deben ser gastrectomizados y que durante la operación el cirujano debe asegurarse de la extirpación total de los adenomas gástricos, abriendo el estómago y mirando en su cara mucosa, con buena iluminación, a fin de eliminar la posibilidad de dejar tumores residuales en el muñón. Esta circunstancia obligó, en 2 de nuestros enfermos, a practicar la gastrectomía total. Otro obligó a una gastrectomía muy amplia, en gotiera, pues el pólipo estaba ubicado alto, cerca de la pequeña curva. En uno de los 5 casos no computados como cánceres invasores se practicó gastrectomía subtotal; el control radiológico postoperatorio puso de manifiesto que se había dejado un adenoma en el remanente gástrico; a los tres años el enfermo regresó con un cáncer inoperable del muñón gástrico, con metástasis en un ganglio supraclavicular. Otro enfermo a quien se practicó una gastrectomía cuneiforme para conservar la mayor cantidad de mucosa gástrica, pues padecía de una anemia perniciosa, falleció siete años después por cáncer invasor. En un caso en que nos vimos obligados a la gastrectomía total por tener también una úlcera yuxtacardial (el enfermo había sangrado, no pudiendo dilucidar si la hemorragia había tenido origen en el pólipo o en la úlcera) el pólipo estaba cancerizado, con perforación de la muscularis

mucosae y tenía un trombo neoplásico en una vena; el estudio histológico de la úlcera mostró cancerización intramucosa en uno de sus bordes.

La evolución de estos casos fue la siguiente: uno falleció en el postoperatorio (este último, de la gastrectomía total con trombo neoplásico en una vena; era un sangrante añoso); otro falleció tres años después con cáncer en el muñón desarrollado en un pólipo residual; otro, el de la resección cuneiforme, falleció siete años después con cáncer invasor; 6 viven después de diez, ocho, siete, seis, cuatro y cuatro años de la operación, ignorándose la suerte corrida por los 2 restantes.

Estimamos que en estos casos debe practicarse siempre la gastrectomía amplia con extirpación de los ganglios regionales; puede resultar insuficiente la polipectomía o la resección cuneiforme.

ULCERA DE ESTOMAGO Y CANCER

La mayoría de los autores aceptan en la actualidad la transformación de la úlcera crónica callosa del estómago en cáncer, sobre todo los patólogos que ven los hechos en forma menos engañosa. Hay divergencias en cuanto a la proporción en que ello ocurre, pero consultando distintas estadísticas podemos decir que tiene lugar entre un 5 % y 10 %. Llamamos *ulcus-cáncer* al carcinoma que se ha desarrollado en el epitelio de los bordes de una úlcera crónica.

Nuestro patólogo exige para considerarlo como tal, las premisas histológicas señaladas por Dible: 1º) destrucción completa del músculo en la base de la úlcera, que se encuentra reemplazado por tejido fibroso cicatrizal; 2º) periarteritis y endarteritis en este magma fibroso; 3º) fusión o aproximación de la muscular a la muscularis mucosae; 4º) carcinoma únicamente en el borde de la úlcera con el fondo escleroso libre de tumor, detalle sobre el que insistiera Orth hace ya muchos años. Estos caracteres, sobre todo este último, nos permitirán distinguirlo del cáncer ulcerado.

Nosotros no hemos buscado la proporción de úlceras que se cancerizan, pues nos parece muy engorroso y sujeto a causas de error. En nuestro material hemos buscado cuántos cánceres ha-

bían nacido en una úlcera crónica. Encontramos que entre 230 carcinomas gástricos, 18 habían nacido incuestionablemente en una úlcera crónica, lo que da un porcentaje de 7,8 %, un poco más elevado que el de los autores del Relato de hoy, que sería de 5,7 %, según reciente comunicación del Dr. Alberto Valls a la Sociedad de Cirugía ("Bol. Soc. Cir. Urug.", 31: 301; 1960).

En nuestros pacientes se encontró metástasis en los ganglios regionales en un 44 %.

En otros casos se pudieron demostrar tres de las características histológicas que sentamos como premisas para esta clasificación, pero en ellos el fondo de la úlcera estaba invadido por el tumor, por lo que deben ser considerados como casos probables y no los tenemos en cuenta para nuestra estadística.

Como es aceptado por la mayoría de los autores hay un margen de error, que se puede calcular en un 10 %, con todos los procedimientos, en el diagnóstico diferencial entre una úlcera y un cáncer ulcerado. Las normas que se han dado pretendiendo orientar el diagnóstico, en forma alguna pueden certificar la benignidad de una úlcera crónica callosa. En cuanto al diagnóstico diferencial entre una úlcera benigna y una úlcera con cancerización en su borde mucoso tiene que ser mucho mayor, ya que en algunos casos el mismo patólogo, con la pieza en la mano, necesita de la histología para hacer un diagnóstico preciso.

Por ello, desechando los casos que curan con tratamiento médico en un corto lapso de tiempo, sin recaer, y que algunas estadísticas hacen ascender al 60 %, estimamos que las úlceras que se hacen crónicas porque no se curan o que recaen, deben ser resecaadas por su siempre presente potencial carcinomatoso, sin establecer tiempo, pues pueden cancerizarse en cualquier momento de su evolución. Siguiendo este temperamento hemos tenido la satisfacción de resecaar úlceras en que comenzaba la cancerización, aún intramucosa, donde el pronóstico no podía ser más favorable, y recordamos varios casos que viven después de cinco y diez años de operados.