

# TRATAMIENTO QUIRURGICO DEL CANCER DE ESTOMAGO

## Discusión

Dr. CHIFFLET.— El relato de del Campo constituye desde el punto de vista de la realización quirúrgica, un documento de extraordinario valor científico. Siguiendo conceptos que sostiene desde hace muchos años y que aplica en la cirugía de los cánceres del abdomen, ha jerarquizado los territorios retroperitoneales y los ha puesto al alcance de la cirugía. Todos sabíamos que la propagación cancerosa se hacía por los mesos y se hundía en el retroperitoneo, pero nuestras operaciones se dirigían a los mesos, conformándonos con reconocer la posibilidad de la extensión tumoral. Del Campo nos ha mostrado la sistematización anatómica del retroperitoneo y la forma de entrar y desplazarse en su seno, abriendo así la posibilidad de extirpar territorios que habitualmente no se tocaban en la cirugía del cáncer.

Mientras el cáncer del estómago sólo pueda tratarse por la cirugía, todo esfuerzo en el sentido de extender racionalmente la exéresis de los territorios de posible extensión tumoral debe ser bien recibido. Por esos motivos aplaudimos las ideas y técnicas de del Campo, basadas en el rigor científico anatómico y en su experiencia operatoria. Nuevas investigaciones en ese campo y los resultados obtenidos en los enfermos serán elementos que dirán en definitiva los beneficios de estas ampliaciones.

Como lo ha dicho el relator, los enfermos son variables y la operación ampliada tiene actualmente sus indicaciones. La calificación de los enfermos con ese fin en grados de extensión tumoral constituye un punto de partida para entendernos, pero anotemos de inmediato la extraordinaria falibilidad de la investigación clínica y operatoria, que no nos permite decir con seguridad si un tumor está solo en el órgano (estadio 1) o invade ganglios (estadio 2) o es más extendido o aún generalizado (estadios 3 y 4). Pero más importante que reconocer esta falibilidad, es saber que la indicación operatoria no depende tanto de la extensión o cantidad de tumor como de la calidad o genio o particularidad evolutiva. Entre los enfermos de estadio 1 la gastrectomía va a veces seguida de un fin rápido, mientras que entre los de estadio 3 y aún 4 es posible con una simple resección gástrica o una derivación o aún sin operar, obtener sobrevidas de años.

Aplaudimos los esfuerzos en el terreno científico por mejorar los resultados de la cirugía, pero no creemos que sea ése el tratamiento que llegue a curar el cáncer, por lo que mantenemos una posición oportunistá, de ofrecer

a cada enfermo lo que en nuestros días le puede ser mejor. Para decidir la operación a realizar, superponemos a la clasificación en extensión del proceso, la calificación de sus particularidades evolutivas a las que damos gran valor.

Informes muy diversos pueden servir para esta calificación del enfermo. Los estudiamos en tres grupos: caracteres del tumor, particularidades regionales y manifestaciones de orden general. No corresponde analizar hoy estos elementos, pero podemos sintetizar nuestra posición en tres grupos.

1º) Las manifestaciones de orden general que traducen rápida evolutividad (grave repercusión nutritiva, angustia, manifestaciones inflamatorias en el estudio humoral y hematológico) constituyen una contraindicación para la cirugía de exéresis amplia.

2º) El estudio regional preoperatorio clínico y radiológico puede dar alguna información sobre particularidad evolutiva, pero debemos ir al estudio directo por laparotomía para calificar biológicamente a la enfermedad en vistas a la elección terapéutica.

3º) La exploración operatoria no debe orientarse solamente a reconocer la extensión del proceso en vistas a la posibilidad de pasar quirúrgicamente más allá de sus límites, sino que es fundamental reconocer sus particularidades de evolutividad. Con signos de alta malignidad (ganglios en confluencia, edema regional o en placas, gástrico o perigástrico, congestión regional), preferimos evitar toda operación extendida que puede agravar la evolución aun cuando anatómicamente sea factible la operación. En casos de baja evolutividad (cánceres secos, productivos, poco infiltrantes) si la operación puede ofrecer el más mínimo riesgo, preferimos la gastrectomía no ampliada con exéresis de mesos. Esa operación puede curar a los que no tienen difusión tumoral y dar largas sobrevidas a los que ya tienen adenopatías.

La cirugía es el único recurso contra el cáncer del estómago, pero la cirugía no es la meta en esta terapéutica. Debemos perfeccionarla, sin perder de vista la realidad de sus posibilidades actuales y de futuro. Seguimos el progreso científico y acompañamos a los que nos muestran mayor número de curaciones a los cinco años, pero preferimos actuar con la preocupación de disminuir el número de enfermos con días o meses de sobrevida. Además de buscar aumento de porcentaje de cinco años de vida, deseamos buscar aumento global de vida de los enfermos.

Para terminar, deseo felicitar a los que eligieron el tema y se lo adjudicaron al Dr. del Campo, porque le dieron a él la oportunidad de dar unidad a muchos de sus conceptos y conocimientos y a nosotros la satisfacción de oírlo y poder disponer para el futuro de su relato.

Dr. COTTINI.—Voy a intervenir en forma muy breve, porque las palabras del Dr. Chifflet interpretan toda mi forma de pensar, en forma cabal,

Solamente quería referirme a un hecho particular: la observación en nuestro medio que muchos enfermos portadores de un cáncer gástrico, son intervenidos y la simple laparotomía exploradora les provoca una remisión total de los síntomas subjetivos y una prolongación de vida que realmente es sorprendente. En cambio, en otros enfermos perfectamente bien operados, inobjetablemente bien operados, hay una rápida evolución y entran en caquexia.

Eso tiene cierta similitud con lo que observamos en enfermos arteriales agudos, que son intervenidos con operaciones mínimas y hacen una rápida evolución a la gangrena y a la muerte; y otros enfermos, en cambio, que tienen una evolución extraordinariamente buena, no obstante la intervención mínima.

Es decir, parecería que hubiera momentos de "puossée" evolutiva que en ciertos y determinados momentos el enfermo portador de un cáncer no debe ser tocado; y en cambio, otros enfermos que en el momento de acalmia, si se me permite la expresión, admiten cualquier clase de intervención; y a veces una intervención mínima logra buenos resultados.

Esto fue motivo de una conversación privada que hemos tenido hace unos largos meses con el Prof. del Campo, quien me comentaba un hecho que ahora hago público, y me hablaba también de unos estudios de histoquímica que se estaban realizando en Montevideo, sobre todo con ciertas propiedades de los núcleos de tinción y de riqueza de ácido nucleico. Yo he leído en el precario tiempo que tuve, todo el relato del Prof. del Campo, y más que como aporte al relato del Dr. del Campo, esta intervención tiene el propósito de preguntarle qué es de esos estudios de histoquímica celular que han emprendido en Montevideo, cuyas conclusiones tengo interés en conocer.

Dr. PEREYRA.—Nos hemos ocupado, con el Dr. Goñi Moreno, de cierta forma de cáncer. Quería hacer público aquí nuestra conducta actual en el grupo más frecuente de cánceres, que es el cáncer de estómago.

Nosotros empezamos en 1942 y llegamos a tener una serie bastante numerosa de gastrectomías totales. Después reaccionamos y creemos que la gastrectomía total debe ser practicada como operación de necesidad. Hacemos, sí, la operación amplia, la operación "elargé" de los franceses, de reseca los vasos, cola de páncreas, y le damos mucha importancia a la invasión porque hemos observado la invasión del duodeno y la invasión de esófago en los cardiales. De manera que tratamos de extirpar todo lo más lejos posible, y en el esófago reseca también ocho o diez centímetros.

En cuanto a la sutura, el Dr. Goñi Moreno desde hace un tiempo realiza la sutura del esófago en un plano, con puntos de sostén posteriores. La experiencia del Dr. Goñi Moreno es muy buena; la atribuye a la mejor nutrición de ese cabo.

El Dr. Casiraghi también ha realizado cirugía con esta técnica y se muestra satisfecho de este procedimiento.

Dr. ASIRAGHI.—Quizá por la velocidad con que leí mi trabajo, no pudieron apreciar qué quise decir; podrá parecer casualidad, pero quienes hemos hablado, el Dr. Chifflet, el Dr. Cotini, hemos dado un aspecto decepcionante del tratamiento del cáncer. Y es que parece que todos tenemos un criterio no en base al cáncer de estómago, sino sobre el cáncer en general, que realmente nos ha decepcionado, porque nunca sabemos qué podemos obtener, nunca sabemos hasta dónde hicimos bien en operar a un enfermo, o hasta dónde hacemos bien en practicar una operación ampliada. No sabemos si el

enfermo que vivió, hubiera vivido lo mismo con una operación ampliada; no sabemos si el enfermo que murió, hubiera vivido si le hubiéramos hecho una operación más pequeña o menos radical.

Es decir, hay una serie de hechos a tener en cuenta, de los cuales me parece que el más importante es el predeterminismo. Hemos operado enfermos con cánceres pequeños que han muerto a los pocos meses con metástasis; hemos operado cánceres grandes que han vivido años. Hay hechos que son incontrovertibles: la presencia de células neoplásicas en la sangre periférica no es un índice para poder decir que el tumor es inoperable; el porcentaje de sobrevivencia de esos enfermos con células neoplásicas, en plena circulación periférica, es exactamente el mismo de aquellos otros que no tienen esas células en la circulación periférica.

Por eso es que somos tan reacios a practicar operaciones de un calibre tal que pongan en peligro la vida del paciente y somos muy cautelosos en hacer esas operaciones, como la gastrectomía total.

Con esto trataba de corroborar lo que yo dije en el trabajo.

Tengo aquí unas radiografías, que voy a mostrar, que es posible que le resulten simpáticas al Dr. Cendán. Se trata de un enfermo operado con gastrectomía total al que le hicimos una interposición de yeyuno. El postoperatorio muestra esto. El radiólogo informó que tenía un estómago normal. Se alcanza a ver aquí la forma de la mucosa yeyunal y se alcanza a ver el sector terminal.

Dr. BERMUDEZ.—Voy a empezar por agradecerle al Prof. Chifflet, la felicitación dirigida a las autoridades del Congreso de Cirugía, por haber elegido al Dr. del Campo como relator de este tema. Si él no lo hubiera hecho, probablemente nosotros nos hubiéramos hecho una autofelicitación.

Queremos, desde luego, adherir a las felicitaciones recibidas por el doctor del Campo, y agregar lo que significa haber elegido un grupo tan selecto de correlatores para este trabajo.

No compartimos sus expresiones cuando dijo que la lectura de su relato resultaría sumamente pesada. Confieso que lo he leído en forma total, completa, y lo he hecho con sumo placer, habiendo recogido grandes enseñanzas. Creo, como el Dr. Chifflet, que hay que destacar fundamentalmente, el minucioso estudio que ha hecho de los territorios de difusión linfática, en base a conocimientos embriológicos, anatómicos, territoriales, y las directivas terapéuticas que señala para cada una de las localizaciones.

Aunque el relato no contuviera nada más que eso, declaro que constituiría ya una obra de consulta para los cirujanos.

Entiendo que los cirujanos del Uruguay, por estos hechos, por la brillantez del trabajo, por lo que significa en la marcha ascendente de la cirugía nacional e internacional, hemos contraído una deuda de gratitud con el profesor del Campo.

Tienen la palabra para contestar, en primer término, los correlatores, y luego, el relator.

Dr. VALLS.—Quiero agradecer las felicitaciones, por la parte que me corresponde.

Quiero referirme en particular al Dr. Félix Pereyra, que está de acuerdo conmigo en el trabajo que realizara. Aclaro que en el trabajo sobre úlceras cancerizadas, sobre cáncer superficial, en esos cuatro casos, no hice estadística, porque dos eran casos de la Clínica y dos de la clientela particular del Prof. del Campo.

Dr. DEL CAMPO.—Debo confesar que han sido extremadamente amables conmigo; me hubiera gustado más la discusión.

Indudablemente, muchas de esas felicitaciones prefabricadas, son exageradas.

Voy a comentar algunas de las cosas. No voy a hablar de los trabajos de los Dres. Pereyra y Goñi Moreno.

Al Dr. Etala todos le conocemos su amplia experiencia; sabemos que opera perfectamente bien, y sabemos bien todo lo que irá acumulando en los muchos años que le quedan por delante. Seguramente hará progresar mucho la cirugía.

Al Dr. Chifflet, le diría que como compatriota, en este Congreso en que hay argentinos, se ha pasado un poco; debió haber moderado un poco también sus expresiones a mi respecto. Voy a suponer que sean ciertas. Lo del sufrimiento que yo le expresé que había tenido, y eso de que yo había disfrutado con el sufrimiento, es un poco cierto. No es que disfrutara con el sufrimiento; para producir algo, hay que entrar en trance; el trance linda con lo epiléptico y con lo histérico. Yo no sé en cuál de los sectores estaba, pero sé que mis discípulos se quejaban de que estuviera de muy mal carácter. Asimismo, se quejaban de que usaba mucho barbitúrico.

El otro tema que aquí se tocó, fue el de la biología. Es un tema importante. Hay una parte que a mí me gusta tratar. Hay una biología del cáncer; hay cánceres de evolución lenta, cánceres de evolución rápida. Hay mucho de la biología que aparece en el examen que hace el cirujano o en la comprobación de la evolución, entre un examen y otro, o cuando ha tenido que hacer dos laparotomías o cuando multiplica los exámenes clínicos y radiológicos.

Hay otra parte de la biología que aparece en el examen histológico. Hay una parte, en cambio, que no aparece ni en el examen histológico ni en los exámenes operatorios. Y entramos en lo que algunos han interpretado como la filosofía en el cáncer. Para mí, es un poco una mala palabra. Si nosotros operáramos cánceres y supiéramos con exactitud dónde están las células cancerosas, si están en el órgano, si están en los mesos, si hay más allá, nosotros no sólo podríamos hacer las operaciones proporcionadas, sino que podríamos decir si el concepto del cáncer en el sentido celular es estrictamente falso.

Como no podemos científicamente afirmar eso, indudablemente abrimos el paso a la filosofía. Dentro de esta filosofía, los conceptos sobre biología yo los acepto de pleno gusto. Los que no me gustan, perdóneme Dr. Casiraghi, son los del predeterminismo. Hay momentos en la evolución del cáncer, hay

cánceres de evolución rápida, hay cánceres de evolución lenta; pero el pre-determinismo es una de esas palabras, y lo digo por haberlo dicho y haberlo escrito, que a mí me suenan mal. Dan la idea de fatalismo y que va a ser lo mismo cualquiera sea lo que se haga, incluso un disparate. No, no es así.

Yo creo que aun en esos casos cabe una acción quirúrgica dirigida, tanto en el sentido de la acción como en el sentido de la abstención.

Sobre otras cosas, no tengo sino que agregar que hay algo, entre todo lo que se dijo, que me disgustó, y es que el Dr. Casiraghi me envió al museo, a mí junto con mi relato y estos cuadros. Y contra eso, naturalmente, protesto.

Muchísimas gracias.

Dr. BERMUDEZ.—No voy a agraviarlos con un discurso de clausura después de una tarde tan laboriosa; pero creo que todos tienen que reconocer conmigo, haciendo un rápido balance de las intensas tareas realizadas en estos días, que la labor del Congreso ha superado las previsiones más optimistas que se habían hecho alrededor de estas sesiones científicas.

Al cerrar este acto, tengo el deber y la satisfacción de agradecer a todos los congresales el apoyo prestado, y en forma particular a los relatores, correlatores, participantes de mesas redondas que han tenido una ardua tarea, y en forma también especial a los numerosos colegas argentinos que han honrado y jerarquizado nuestras reuniones científicas.

Hago votos para que los próximos Congresos de Cirugía continúen desarrollándose en este marco de superación que han tenido hasta ahora.