

## ¡Atención a los escirros de estómago!

*Dr. Pedro Sánchez Delgado*

*Andújar (Jaén)*

¿Existen, clínicamente, síntomas patognomónicos que nos permitan establecer el diagnóstico diferencial entre úlcera benigna y cáncer de estómago? Yo creo que no. ¿Qué duda diagnóstica puede haber, se me dirá, entre un enfermo viejo, desnutrido, inapetente, con dolor de estómago irregular y tumor palpable en epigastrio, etc., y un muchacho joven que empieza con ardores, aguas de boca, y continúa con hiperorexia, dolor rítmico de estómago a temporadas, que diferencia es bien tajante? Sin embarcalma con alcalinos y alimentos? ¿Larzo, los casos intermedios, en que los síntomas de uno y otro grupo se imbrican, son demasiado numerosos para adoptar, sin más, este simple y sencillo esquema clínico diferencial. Nuestro caso lo demuestra claramente.

Creo no existirá un digestólogo, en cuyo archivo de historias no figure algún caso "raro", en que, con sín-

tomos clarísimos de úlcera, el médico se quedó sorprendido al comprobar que, radiológicamente, aquello era un cáncer. Y no sólo en el propio estómago, sino en otras vísceras abdominales, tal es el caso del enfermo que, con sintomatología clínica de úlcera, presentaba un cáncer de colon, y que figura en la magnífica tesis doctoral de nuestro comprovinciano CARPIO.

No nos referimos, claro está, y el lector lo habrá subsanado "in mentis", a los casos de úlcera de curvatura menor, en que, ni clínica ni radiológicamente, podemos muchas veces decir si se trata de una úlcera benigna o maligna, y tenemos que echar mano, para llegar a un acuerdo, de ese proceder que nos recomienda GUTMANN; nos referimos, más bien, a los casos claramente tumorales o escirrosos, que, sin embargo, exhiben una clínica de úlcera. Mientras no conozcamos el camino patogénico que sigue al síntoma dolor en la úlcera

gástrica o duodenal, se nos ocultaría la causa de esta semejanza clínica entre la sintomatología de *ulcus* y la sintomatología de cáncer.

Mas el dolor del cáncer ofrece muchas atipias en localización, intensidad, ritmo, etc., para que nos permitan, sin más, establecer un diagnóstico clínico. Nosotros hemos tenido, no hace mucho tiempo, un enfermo, cuyo síntoma esencial era una disfagia, con el adelgazamiento consiguiente, y, dado el carácter progresivo de dicha disfagia y la avanzada edad del enfermo, pensamos en un cáncer. Y lo tenía; mas no en el esófago, sino en el antro pilórico (!).

¡Cuántas veces hemos leído y oído a nuestros maestros decirnos, con sabia experiencia, que no esperemos a diagnosticar un cáncer, de no importa qué localización, a que se presenten los tan conocidos síntomas, anorexia, astenia y adelgazamiento! Nuestro enfermo era un hombre fuerte, musculoso, con facies sonrosada, voraz apetito, y una energía y capacidad para el trabajo puesta a prueba en la última recolección de aceituna. Posteriormente, lo veíamos adelgazar, pero hasta un año (!) después de comenzada la sintomatología, conservaba un aspecto saludable, un apetito normal y una envidiable energía.

La clásica fórmula "tumor palpable, tumor inoperable", tenemos hoy muchas razones para considerarla anticuada. Nuestros expertos cirujanos hacen hoy resecciones muy amplias, y

sería erróneo dejar de intervenir a un enfermo por el simple hecho de que se le palpe en epigastrio un pequeño tumor del tamaño de una nuez, pongo por caso. Mas esta fórmula la traemos aquí, no por las repercusiones quirúrgicas que pudiera tener; sin salirnos del marco diagnóstico, yo diría, más bien, que tumor palpable es sinónimo de diagnóstico tardío. No debemos incurrir en el error de dejar de diagnosticar un cáncer gástrico porque no se palpe el tumor, pues ya sabemos las variadas formas anatómicas que adopta el cáncer de estómago y sería una utopía tratar de palpar un nicho en meseta o una infiltración rígida de una curvadura.

La historia clínica de nuestro enfermo es la siguiente:

G. S. S., 51 años, casado, natural de Arjona, vecino de ésta, profesión mecánico.

Algún tiempo antes había tenido ardores, de modo aislado, sin más síntomas. En otoño del 55 tuvo una temporada de dos meses con dolor en epigastrio, irradiado a hipocondrio derecho, fosa iliaca derecha y espalda, que le aparecía a las cuatro horas de las comidas y le despertaba de noche, calmándosele con los alcalinos y la ingestión de alimentos. Con un tratamiento quedó bien, y ha estado sin molestias ninguna hasta septiembre del 56, en que le han aparecido los mismos síntomas que el pasado año, pero

ya sin ceder el tratamiento instituido, y es en estas condiciones cuando le vemos nosotros, el 24 de diciembre del 56.

Ya no tenía ardores, pero sí aguas de boca. No pesadez de estómago postprandial, pues incluso comiendo es como mejor se encuentra. Conserva mucho apetito. Va bien del vientre, sin heces negras.

El interrogatorio encaminado a buscar síntomas en otros órganos o aparatos es totalmente negativo.

Sus antecedentes familiares no tienen interés, como igualmente los personales.

A la exploración clínica, hábito pícnico, magnífico estado de nutrición; buena coloración de piel y mucosas. Boca y faringe normales. Pulmón y corazón normales. En el abdomen no se palpa hígado ni bazo. Es el epigastrio ligeramente sensible a la presión y en dicha zona no se toca tumoración alguna.

Juzgue el lector, si los síntomas que este hombre presenta, no son en todo superponibles a los de la úlcera, y como tal fué diagnosticado y tratado en aquel su primer brote doloroso. Yo, clínicamente, hubiera pensado lo mismo; sin embargo, las exploraciones complementarias, sobre todo la radiológica, me llevaron al diagnóstico de escirro de antro, enfermedad, no diría yo simplemente distinta de la úlcera duodenal, sino antagónica de la misma.

La *secreción gástrica* en el cáncer de estómago está, con la mayor frecuencia, abolida; con menor frecuencia, disminuída, siendo más rara la hipersecreción. Hablamos, claro está, de los primeros periodos de evolución de la neoplasia, ya que, a medida que el cáncer progresa, el porcentaje de aquilias es mucho mayor. La curva que nosotros obtuvimos en nuestro enfermo nos demostraba claramente una aquilia histaminresistente, y ello iba ya mal con aquel posible diagnóstico de doudeno, ya que nosotros no hemos visto nunca una úlcera de esta localización con aquilia resistente a la histamina. Posteriormente supimos que a este enfermo se le habían obtenido, fuera de esta localidad, valores muy altos de acidez con este mismo proceder de BLOOMFIELD y POLAND. Si se nos apura un poco, acabaremos por confesar que ignoramos esta divergencia de resultados con un mismo proceder en el mismo enfermo; pero, lealmente, este fué el resultado que nosotros obtuvimos de este valioso medio auxiliar de diagnóstico.

La *exploración radiológica* de todo enfermo sospechoso de cáncer de estómago es el mejor medio diagnóstico con que contamos hoy, mas ello a condición de que cuando nos sentemos frente a la pantalla fluoroscópica para examinar a un presunto canceroso de estómago, llevemos grabadas en la mente las tres formas anatomopatológicas que puede adoptar el

cáncer gástrico, que se traducen en otras tantas imágenes radiológicas.

A un radiólogo experto no se le escapará la falla radiológica con que se traduce, en la pantalla o en la placa, el carcinoma de aspecto tumoral. No le pasará desapercibido un "nicho en plato" o un "menisco de CARMAN" con que se manifiesta radiológicamente la neoplasia de morfología, aun cuando otras veces le coloque en un aprieto la diferenciación radiológica de un nicho, del que no tiene los suficientes datos para calificarlo de benigno o le permitan tacharlo de sospechosamente maligno. Pero ¡ay, los escirros! Cuántas veces se nos van indagnosticados o etiquetados con diagnósticos más o menos pintorescos. Y ello no sólo a los menos avezados, sino también a las grandes figuras. Nuestro enfermo fué también diagnosticado de ulcus de duodeno en una de las mejores clínicas no sólo de Madrid, sino de Europa, y con su tratamiento antiulceroso se vino.

El posterior examen anatomopatológico de la pieza de resección vino a descubrir el fantasma del escirro de antro, que habíase pasado desapercibido en la radioscopia, o confundido más bien con una esclerosis bulbar consecutiva a ulcus del duodeno.

¡Atención, pues, a los escirros de

antro! Pues aquí no encontramos nunca, o sólo en estadios muy avanzados, grandes defectos de replección, ni nichos radiológicos, ni siquiera alteraciones groseras de los pliegues de mucosa (CHVOL), alteraciones que más ostensibles en otras formas anatomopatológicas, quizá menos malignas que el escirro. Prestemos, sin embargo, atención a la posible rigidez segmentaria de las curvaduras gástricas, zonas de dichas curvaduras (las más de las veces la menor, y con más frecuencia la porción horizontal de la misma) que adquieren una menor flexibilidad, un mayor "acartonamiento", un obstáculo infranqueable para las ondas de un peristaltismo que allí se detiene y anula. Sorprendamos esa rigidez, no en radiografía única, sino en seriografía, pues sólo la reiteración de la rígida imagen nos autoriza a sentar el diagnóstico serio, al que, en la seriografía, nos ayuda el hecho de ser allí donde esta forma de cáncer es más frecuente (antro), más profundas las ondas de contracción, más enérgico el peristaltismo, y, por consiguiente, mayor contraste con la zona rígida e inmóvil.

Adversas circunstancias me impidieron aportar, como fuera de mi deseo, la radiografía seriada que obtuvimos de nuestro enfermo.