

## NOTAS SOBRE EL CANCER GASTRICO

LUIS CARRILLO MAURTUA \*

No es únicamente el interés —muy deseable en el cirujano— de maniobrar en campos anatómicos poco conocidos y que durante mucho tiempo le inspiraron un temeroso y prudente respeto, lo que ha incitado a algunos a llevar el bisturí a encrucijadas vasculo nerviosas del abdomen en las cuales el simple acercamiento constituía ya una audacia.

Es verdad que las nuevas adquisiciones biológicas han preparado esta evolución de la cirugía. Pudiendo evaluar ciertos déficits, es posible equilibrar ciertos metabolismos fundamentales antes de la intervención. La mayor experiencia en el uso de la sangre conservada y en la técnica de perfusiones permite de evitar en la mayoría de los casos el shock operatorio. Operando en una perfecta calma abdominal, gracias a la intubación y curare, es posible realizar una cirugía minuciosa. Al salir de la sala de operaciones el reanimador sigue ejerciendo sus funciones en el postoperatorio inmediato. El se encarga de mantener en un nivel adecuado las funciones vitales del paciente. El cirujano por su parte, obligado a trabajar en equipo, ha moderado sus reacciones personales, ha depurado su técnica sacrificando el brío espectacular a una cierta lentitud determinada por gestos suaves pero también precisos.

Esta evolución de la cirugía ha encontrado en el éxito obtenido en serie, en operaciones de gran magnitud, la evidencia del bien fundado de sus bases fisiológicas, de sus tácticas de ataque, y de sus técnicas de ejecución.

La cancerología le ha ofrecido en estos últimos años un vasto campo de prueba. Conociendo gracias a la experiencia de muchos años, los puntos débiles de las intervenciones clásicas, ha señalado mejor las vías de propagación que deben ser extirpados y ha también exigido la realización de intervenciones difíciles, arriesgadas, y de gran amplitud

\* Profesor agregado de Cirugía de la Facultad de Medicina de París, Cirujano del Hospital Dos de Mayo.

como única solución lógica. Es halagador constatar que la cirugía ha ampliamente respondido a estas exigencias.

\* \* \*

El adenocarcinoma del estómago, desgraciadamente el más frecuente de todos los cánceres, es uno de aquellos en los cuales las soluciones clásicas propuestas no son satisfactorias y merecen ser revisadas.

*Muy pocos enfermos pueden ser resecaados, y entre los resecaados con los procedimientos clásicos muy pocos presentan una supervivencia de más de cinco años.*

Tal es el hecho, que se desprende de la observación de las estadísticas.

Olgilvie<sup>1</sup> estima que sobre 100 enfermos que son operados, 40 solamente serán resecaados, de esos 40 solo 10 viven más de cinco años. Esa cifra desciende a 5 si se tiene en cuenta todos los enfermos con cancer del estómago que han pasado por los consultorios de medicina general.

Pack y Livingstone<sup>2</sup> estudiando 15.000 casos estiman que solo el 25%, son resecaables y que solo el 5% viven más de cinco años. Walters<sup>3</sup> y colaboradores estudiando 10.000 casos de la Mayo Clinic, estiman que solo 25% son resecaados y entre los resecaados muy pocos viven más de cinco años. Nocito y Cottini presentan una estadística comparable. En general el porcentaje de supervivencia de más de cinco años en pacientes con cancer del estómago no es mayor de 10%. Nuestra experiencia personal encuadra en esas cifras.

Jean Gossel<sup>1</sup> ha claramente expuesto las vías que deben seguirse para mejorar el pronóstico de esta terrible afección. Como este autor, pensamos que el progreso solo puede obtenerse siguiendo una triple dirección. Disminuyendo la proporción de casos no resecaables. Disminuyendo la mortalidad operatoria. Disminuyendo el número de metástasis y recidivas.

*La disminución de casos no resecaables sólo puede obtenerse, gracias al diagnóstico precoz. El paciente debe comprender la necesidad de consultar al médico desde que experimenta un síntoma anormal. Mejor sería aún la práctica del examen médico sistemático. El médico por su parte debe saber que el cancer del estómago se manifiesta en la mayoría de las veces por síntomas muy poco inquietantes.*

Gastralgia de intensidad variable en 42% (Lambling y Guillard)<sup>4</sup>. Dispepsia en 52% de los casos (Walters)<sup>3</sup>, 25% (Nocito Cottini), 24% (Lambling-Guillard)<sup>4</sup>.

Es pues necesario, para poder efectuar un diagnóstico precoz, pensar en esta posibilidad cualesquiera que sean los síntomas digestivos del paciente y no eliminarla sino después de controles radiológicos.

Como Jean Gosset<sup>1</sup> pensamos que las magníficas descripciones de los clínicos de antaño cuya autoridad y prestancia no pueden discutirse, han perpetuado una rica sintomatología con signos diversos, uniendo a un síndrome clínico de palidez, adelgazamiento, el tumor palpable, los vómitos característicos, la tensión intermitente del epigastrio y a menudo la adenopatía supra clavicular. No debemos olvidar que ellos controlaban el diagnóstico más en la mesa de autopsia que en la de operaciones. Evidentemente esos casos ya han pasado el estado quirúrgico favorable.

El estudio radiológico, efectuado por un radiólogo competente, ávido de perfección en la nitidez de los clichés y que sepa emplear la compresión, los modificadores del comportamiento, en ciertos casos determinados, debe permitir un diagnóstico precoz.

El estudio gastroscópico asociado a la obtención de frotis, constituye una ayuda que no debe despreciarse.

Un problema que merece ser discutido es el diagnóstico entre úlcera y cancer.

En ciertas regiones del estómago la úlcera clínicamente y radiológicamente más típica puede ser en realidad un cancer. Gutmann<sup>5</sup>, iniciador a nuestro juicio del método radio clínico, en muchas publicaciones de valor inestimable ha insistido en la dificultad del diagnóstico y en la necesidad de una terapéutica activa si no se obtiene en un corto plazo con un tratamiento adecuado, la desaparición completa de los signos clínicos y radiológicos.

En este mismo orden de ideas Allen<sup>6</sup> piensa que la úlcera gástrica visible en exámenes radiológicos y con todas las características de una lesión benigna será en realidad un cancer en una proporción de más de 10% de los casos. Que se trate de cánceres ulceriformes de marcha lenta, de úlceras transformadas, según las escuelas, el hecho es que estos casos constituyen materia de reflexión para aquellos que aun preconizan el tratamiento médico prolongado indistintamente en todas las úlceras.

En materia de diagnóstico precoz, es halagador constatar los resultados obtenidos por la escuela de París. Albot y Toulet<sup>7</sup> en un magnífico artículo presentan una serie de casos en los cuales el diagnóstico de cancer ha sido afirmado gracias a finos estudios radiológicos. Se trata de cánceres limitados a la mucosa del estómago sin compromiso de la muscularis mucosae. Algunos de esos cánceres solo miden 1 centímetro.

El diagnóstico precoz del cancer del estómago es pues ya una realidad en ciertos centros médicos.

*La disminución de la mortalidad operatoria* constituye el segundo aspecto del problema.

En casi todas las estadísticas, aun en aquellas de cirujanos particularmente experimentados y prudentes, la mortalidad operatoria oscila entre 10 a 20%. Esta cifra es enorme si se compara a la mortalidad de la gastrectomía por úlcera que es actualmente mínima. En el estado actual de la cirugía, en enfermos que no han llegado a la miseria fisiológica extrema, se debe esperar una baja apreciable de esa cifra de mortalidad. En la resección por cancer, existen ciertas precauciones técnicas, que todo cirujano debe observar, pero sobre todo debe tenerse en cuenta el precepto de Lord Moynihan "La cirugía ha llegado a ser segura para el paciente, ahora debemos conseguir que el paciente ofrezca la misma seguridad a la cirugía". En otros términos debe elevarse la resistencia del paciente a la altura de la intervención previamente planeada. Este precepto define a nuestro juicio lo que debe ser la cirugía actual.

Si este problema, el de la adecuada preparación del enfermo, tiene en la mayoría de las veces feliz solución en pacientes particulares, es a menudo muy difícil resolverlo en enfermos de hospital. Desnutridos, anémicos, hipoproteinélicos, muchas veces llegan al cirujano sin recursos económicos para sus medicinas indispensables, ni familiares que le proporcionen la sangre necesaria. Gracias a la ingeniosidad de los médicos, del personal y complacencia de algunas firmas farmacéuticas algunos pueden ser operados en condiciones aceptables.

Pero existen aquellos por los cuales casi nada se puede hacer preoperatoriamente. A pesar de la legítima repulsión del cirujano, en muchos de esos casos hay que volver atrás y efectuar una operación de acuerdo con la débil resistencia del paciente, pues no soporta intervenciones amplias. En ese grupo de enfermos la mortalidad es elevada.

*La disminución del número de recidivas y metástasis* constituye el tercer aspecto del problema.

El problema de las metástasis es sumamente complejo. Si es verdad que el cancer del estómago operado en período inicial y con ganglios anatómicamente indemnes es aquel que tiene las mayores chances de no sembrar a distancia, cuantas excepciones se observan.

Tal enfermo nuestro, con voluminoso cancer gástrico reseado por nosotros en 1945, con enorme adenopatía demostrada cancerosa, se encuentra actualmente en buena salud. Tal otro operado por un pequeño cancer pilórico, limitado, sin adenopatías cancerosas al examen

histopatológico, fallece un año después con metástasis hepáticas y peritoneales. Estos son casos en los cuales el cancer salta una etapa ganglionar, sembrando directamente en el territorio linfático superior. La operación radical practicada en la etapa inicial del cancer es sin embargo la única solución para asegurar el porvenir del paciente.

El problema de las recidivas es actualmente el más interesante. Es aquel en el cual con las técnicas de amplia cirugía, cuando la resistencia del paciente "ha sido previamente elevada a la altura de la operación" puede encontrarse una solución.

La frecuencia de las recidivas ha sido diversamente apreciada. Para algunos es casi inexistente, si se compara a la frecuencia de metástasis. Es verdad que cuando se asiste a un fracaso de la gastrectomía, es habitual constatar metástasis hepáticas, ascitis, ictericia. Ello sin embargo no indica que las recidivas sean inexistentes. Ellas pasan inadvertidas en el cuadro terminal de la generalización cancerosa. Tampoco es ilógico suponer que una recidiva pueda precipitar la evolución real hacia la generalización.

La frecuencia real de las recidivas ha sido magníficamente apreciada en el trabajo de Mc Near, Vandenberg Donn y Bowden<sup>8</sup>, relativo a la evaluación crítica de los resultados de la gastrectomía subtotal en el tratamiento quirúrgico del cancer del estómago. Estos autores han estudiado prácticamente todos los casos de cancer gástrico de los hospitales de New York que reunían las condiciones siguientes. Enfermos operados por cirujanos experimentados y con fin curativo. Enfermos cuyo protocolo operatorio ha podido obtenerse. Enfermos fallecidos en un hospital cierto tiempo después de la gastrectomía. Autopsia practicada por un personal competente. Estos autores han reunido así 92 casos utilizables.

El porcentaje de recidivas es el siguiente:

Recidiva en el muñón gástrico	50. %
Recidiva en el muñón duodenal	9.8 %
Recidiva en el lecho gástrico	20.7 %
	<hr/>
Total de recidivas locales	80.5 %

Esta frecuencia de la recidiva, del fracaso en el control local del cancer plantea a los cirujanos, como lo dicen McNear<sup>8</sup> y colaboradores, el problema de una inmediata revisión de las concepciones clásicas en el tratamiento del cancer del estómago.

La gastrectomía subtotal por cancer comprende la resección de las tres cuartas o cuatro quintas partes del estómago y además la resección

del epiplon mayor, parte del menor y adenopatías de las cadenas pilórica, gastroduodenal y coronaria.

Esta amplia intervención, pero subtotal, a pesar de todo, no es suficiente si se tiene en cuenta la frecuencia de recidivas en el muñón gástrico. Es hecho conocido que el cancer tiene la propiedad de sembrar a distancia en la pared del estómago, (algunos hablan de comienzo plurifocal del cancer) una gastrectomía subtotal elimina la lesión macroscópica, pero puede dejar las invasiones microscópicas en la pared del estómago, o un sembrío al límite de la visibilidad en la serosa del estómago.

Nosotros<sup>9</sup> últimamente publicamos un caso de esta última naturaleza. Pequeño tumor en la región pilórica y metástasis al límite de la visibilidad en la región subesofágica obligando a efectuar una gastrectomía total de necesidad.

La ablación total del estómago, gastrectomía total de principio reposa en bases sólidas en lo que concierne el cáncer del estómago. Debemos sin embargo precisar como Lortat-Jacob y otros que *gastrectomía total es aquella que comprende la ablación íntegra del órgano con mucosa duodenal en una extremidad, y esofágica en la otra.*

Esta concepción en el tratamiento del cancer del estómago que puede chocar algunos temperamentos por su carácter altamente mutilante, extirpación total del estómago.

Esta operación no es sin embargo lo suficientemente amplia para dar toda seguridad.

McNear y colaboradores señalan que en el Memorial Hospital han encontrado en el pedículo esplénico, y cola del pancreas focos insospechados de cancer en el 50% de los casos.

La gastrectomía total debe pues ser ampliada hacia el pancreas y bazo. Esta operación magníficamente descrita por Allison<sup>10</sup>, Barraya, Patel, Lortat-Jacob<sup>11</sup> entre otros es la que parece ser actualmente la operación de elección en el cancer del estómago.

Esta intervención de principio, tiene también y sobre todo indicaciones de necesidad.

El criterio de inoperabilidad en materia de cancer es relativo y factor en gran parte de la experiencia del operador. Un cancer del estómago adherente a un segmento de hígado, al colon, al pancreas, etc., no es inoperable si el cirujano acepta y decide la resección múltiple, la resección de varios órganos. Son indiscutiblemente intervenciones difíciles, arriesgadas que necesitan cuidados pre, per, postoperatorios particularmente minuciosos, pero también constituyen la única chance de éxito para el enfermo.

Vamos, finalizando estas notas a relatar un caso de cancer del cuerpo del estómago y cardias en el cual practicamos con éxito una intervención tipo Allison<sup>10</sup>, con resección del estómago en totalidad, del primer segmento del duodeno, de 10 centímetros de esófago, del epiplon mayor, del epiplon menor, del bazo, de un segmento de la supra renal izquierda del cuerpo y cola del pancreas, del peritoneo de la región celiaca.

#### CASO CLINICO

F. G. 63 años, natural de Cañete, albañil. Ingresa a la Sala Daniel A. Carrión del Hospital Dcs de Mayo, Servicio del Dr. Abel Delgado V. referido por el Servicio del Prof. Dr. Sergio E. Bernales el 25 de Octubre de 1951. Con el diagnóstico de cáncer del cardias.

##### *Antecedentes*

Familiares sin importancia. Personales no recuerda ninguna enfermedad salvo sífilis a los 29 años. Enfermedad tratada durante varios años.

##### *Enfermedad actual*

Refiere que el 7 de Marzo de 1951, en forma brusca presentó acceso de tos, lo que le ocasionó vómito amargo. Este acceso de tos duró cinco minutos, pero fué seguido de un fuerte dolor a nivel del tórax, y abdomen, el cual persiste hasta la actualidad, aunque de intensidad menor.

Al día siguiente, 8 de Marzo, se presentaron en la noche nuevamente los vómitos con náuseas y expectoración blanquecina. Al día siguiente 9 de Marzo nota por primera vez una dificultad para ingerir sólidos, los cuales le provocan dolor y dice el enfermo "se atracan en la parte baja del pecho". El enfermo está pues obligado a ingerir sobre todo líquidos, pues los sólidos aun remojados los vomita inevitablemente a los quince minutos. Presenta además de una manera irregular, vómitos alimenticios, no digeridos y de olor fétido.

El apetito ha disminuido y el adelgazamiento es progresivo.

##### *Examen clínico*

El sujeto está adelgazado, deshidratado, las conjuntivas son pálidas.

El examen del abdomen muestra un hígado de tamaño normal, el bazo no es palpable y no se percibe ninguna tumoración ni ascitis.

Ligero edema en los maleolos y el resto del examen clínico no muestra nada anormal.

##### *Examen radioscópico del esófago*

Iniciada la ingestión de la sustancia opaca densa, especial para este examen, se observa que el trayecto del bario se realiza de manera normal, permitiendo visualizar sus contornos perfectamente normales hasta el nivel del cardias en donde se detiene produciendo una dilatación del tercio inferior del esófago en forma infundibuliforme, observándose a este nivel que el bario pasa gota a gota. En estas condiciones se tomó una placa en oblicua anterior derecha, segundos después se tomó otra permitiendo observar que el bario había pasado dejando la zona del cardias y el último tercio del esófago con un aspecto muy irregular.

Estudiando el mediastino superior e inferior, que es de forma completamente normal, se va a realizar el estudio del estómago y del duodeno, especialmente el fondo gástrico.

#### *Examen radioscópico de estómago y duodeno*

Al ingerir la sustancia baritada se observa que penetra por la curvadura mayor, llenando el polo inferior del estómago, el cual se encuentra reducido en su tamaño y ofreciendo una zona de falta de relleno en el tercio superior de la curvadura menor. El tránsito a través del bulbo duodenal y el marco, se realiza de una manera normal. El estudio radioscópico del fondo en decúbito dorsal ofrece un aspecto irregular en sus bordes y que no se puede rellenar completamente. El estómago se moviliza.

#### *Esotagoscopia*

El tubo 9/45 cruzó con facilidad la estrechez crico-faríngea y el canal esofágico en toda su longitud hasta el nivel del hiatus, la mucosa es rosada y lisa.

A nivel del cardias, mamelones vegetantes del lado izquierdo emergen hacia el centro produciendo oclusión total de la luz esofágica, son friables y sangrantes. Se tomaron dos trozos de biopsia.

#### *Biopsia de mucosa de esófago. (Dr. Urteaga)*

Caracteres microscópicos. En el pequeño fragmento remitido sólo se encuentra una mucosa con discretos signos inflamatorios crónicos inespecíficos. No se encontraron elementos tumorales malignos, aunque la magnitud de la biopsia no descarta esa posibilidad.

Diagnóstico: Se sugiere una muestra para Papanicolaou.

#### *Exámenes de laboratorio 23 Octubre 1951.*

Hematíes 3.610.000; leucocitos 4.700; neutrófilos 70%; bastonados 6; segmentados 64; eosinófilos 2; basófilos 2; monocitos 2; linfocitos 26; hemoglobina 10.89 gramos; hematocrito 36; Vol. Glob. 100 mmgr.; Hb. M. Glob. 30.25 mmgr.; reticulocitos 0.8%; anisocitosis; poiquilocitosis; células plasmáticas 1%.

Tiempo de protrombina 15"; tiempo de coagulación 10"; tiempo de sangría 1"30; reacciones serológicas negativas.

El diagnóstico de cáncer del cardias era evidente. La resistencia del sujeto buena, decidimos practicar una amplia intervención tipo Allinson.

#### *Protocolo operatorio. 31 Octubre 1951.*

Operador Dr. Luis Carrillo Maurtua.

Ayudantes Dr. Víctor Maccagno, Dr. Luis González Peña, Dr. Teodoro Pastor Vargas.

Anestesista Dr. Eduardo Soria.

Anestesia Eter, proto, Pentothal, Curare.

#### *Laparatomía transversa supra umbilical*

El peritoneo abierto, se percibe una tumoración, fija en la parte alta de la curvadura menor, prolongándose hacia el esófago torácico. No se perciben ni metástasis, hepáticas ni peritoneales.

#### *Toracotomía izquierda*

Incisión sobre la octava costilla, partiendo de la línea escapular hasta encontrar la extremidad de la incisión abdominal. Resección de la octava costilla y sección del cuello



de la séptima. La pleura abierta, se secciona el diafragma hasta el esófago. Toraco freno laparatomía.

El tumor gástrico del tamaño de una naranja invade un segmento del esófago inferior. Incisión de la pleura mediastina algunos centímetros, bajo el cayado de la aorta. Liberación del esófago. Sección protegida por un clamps. Se disecciona la extremidad inferior del esófago y el polo superior del estómago pasando detrás del bazo y descubriendo la supra renal izquierda, un segmento de esta glándula adhiere y se reseca. La disección difícil continua hacia abajo pasando detrás de la cola y cuerpo del páncreas.

Sección del páncreas a la altura de la arteria mesentérica superior. Sutura del segmento cefálico del páncreas con puntos separados. Disección de la región celiaca. Ligadura de la esplénica en su origen. Ligadura de la coronaria en su origen. Desprendimiento total colo epiploico y la pieza es reclinada hacia la derecha. Disección del primer segmento duodenal. Ligadura de las arterias pilórica y duodenal. Sección del duodeno. La pieza operatoria está libre.

Sutura del duodeno en cuatro planos. Restablecimiento de la continuidad digestiva por anastomosis intra torácica esófago yeyunal en tres planos, transmesocólica con anastomosis yeyuno yeyunal infra mesocólica.

Cierre del diafragma. Cierre de la toracotomía dejando un dren. Cierre de laparatomía.

Duración de la operación. 7 horas 30 minutos.

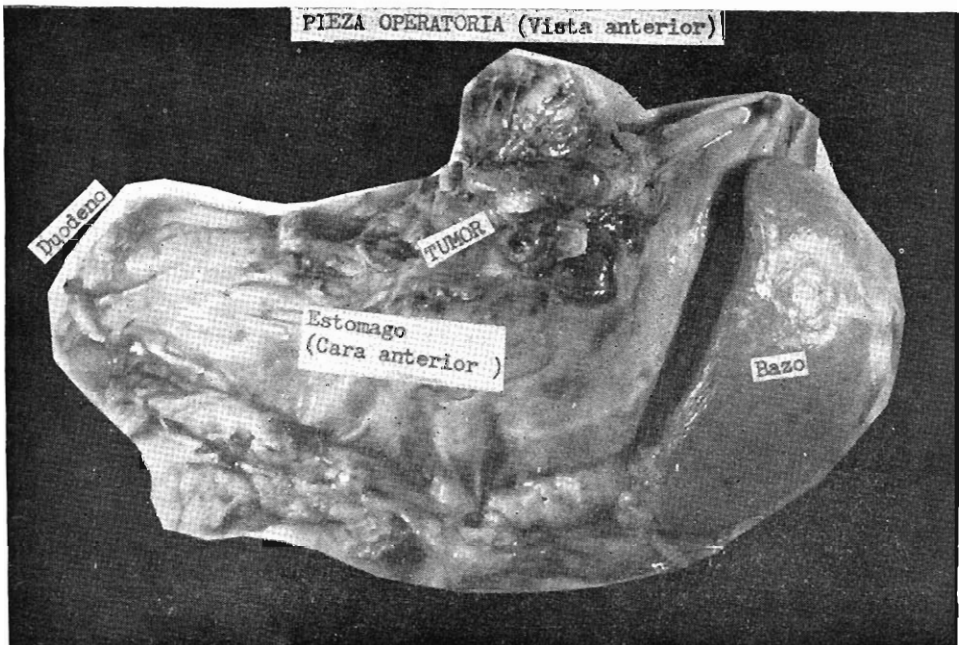
El enfermo recibió 3 litros de sangre.

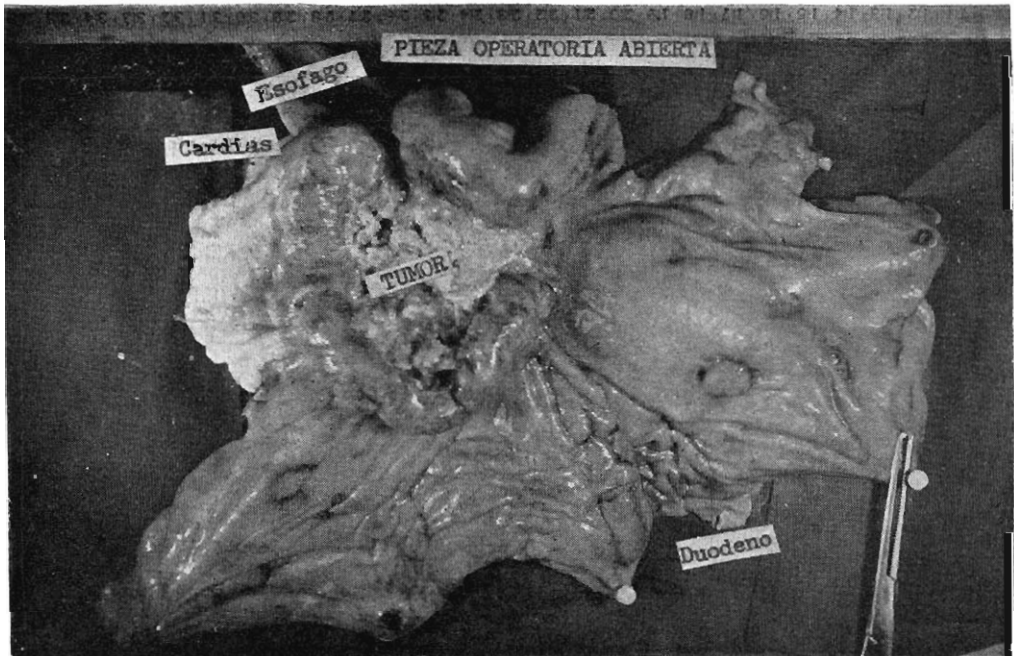
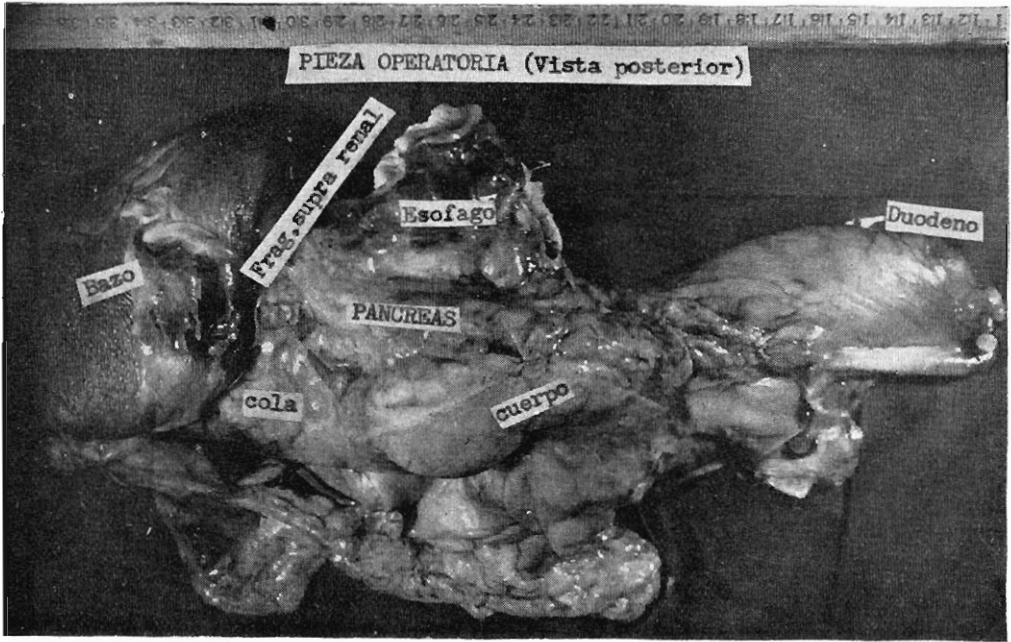
#### Postoperatorio.

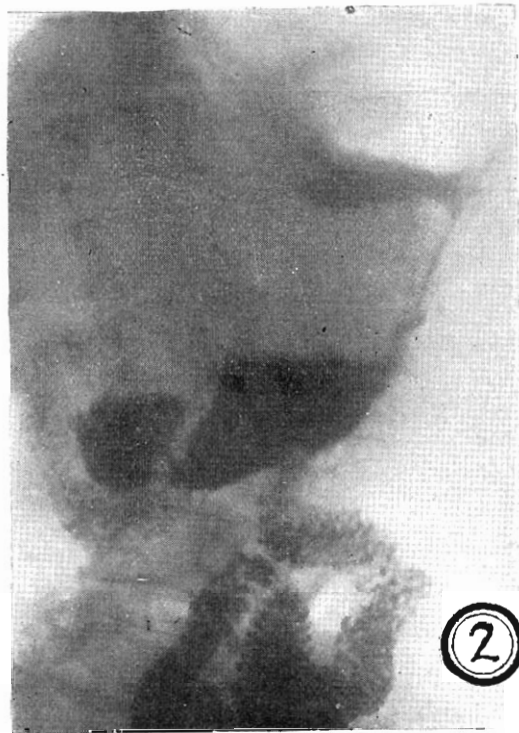
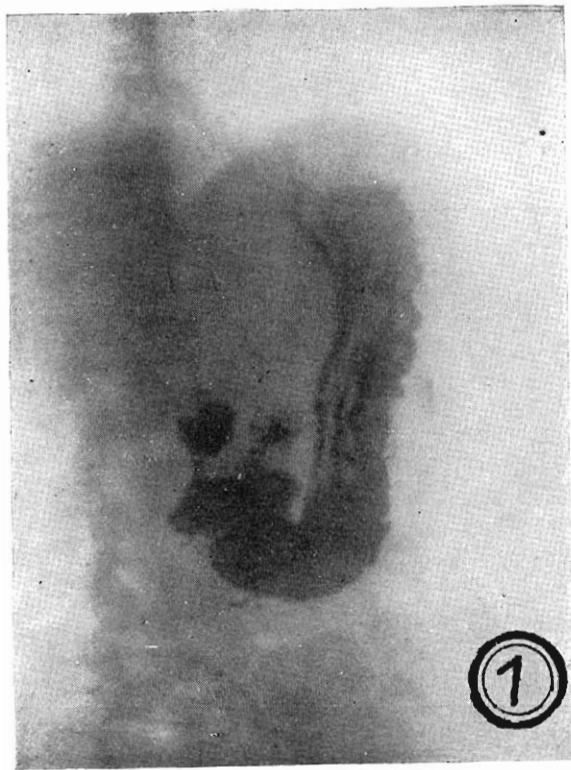
El postoperatorio de este enfermo fué bastante simple. Fiebre los primeros días, rápidamente desaparecida. Al décimo día el enfermo estaba operatoriamente curado.

Examen anatómico patológico (Dr. Oscar Urteaga).

Adenocarcinoma del estómago.

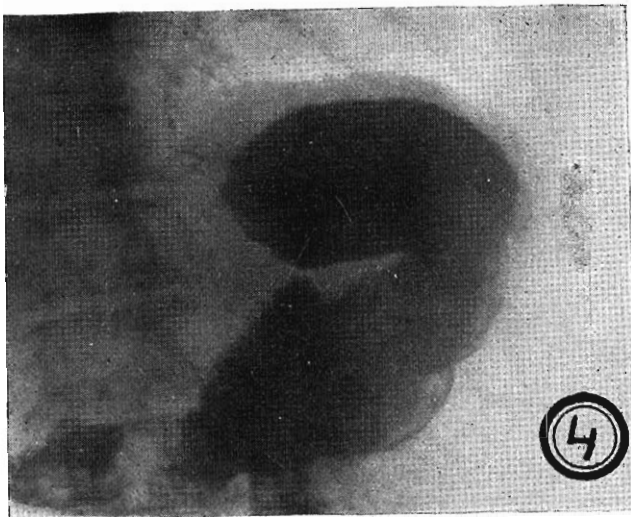
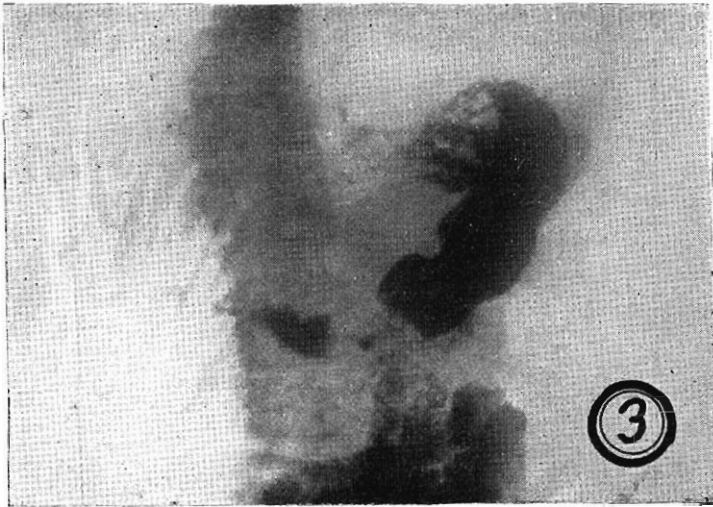






*Radiografías Pre-operatorias Nos. 1 y 2*

*Cáncer del cardias infiltrando el polo superior  
y el cuerpo del estómago.*



*Radiografías Pre-operatorias Nos. 3 y 4.*

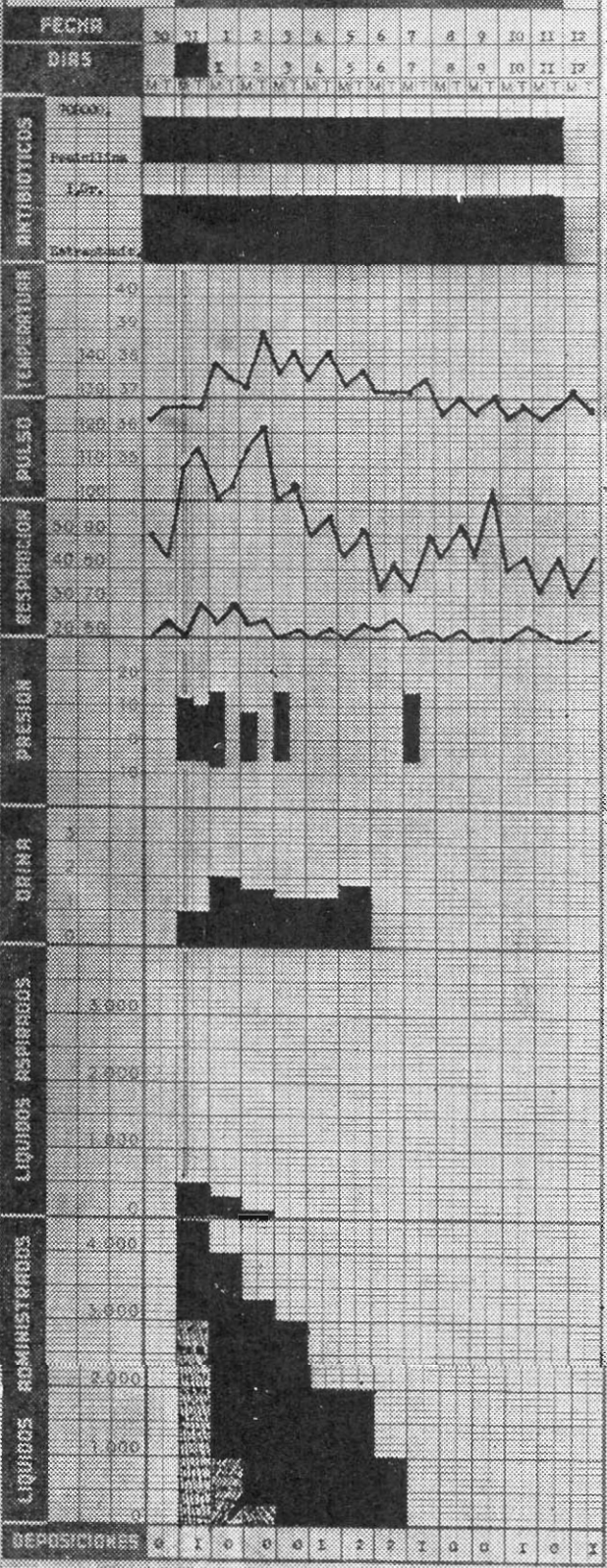
*Cáncer del cardias infiltrando el polo superior  
y el cuerpo del estómago.*

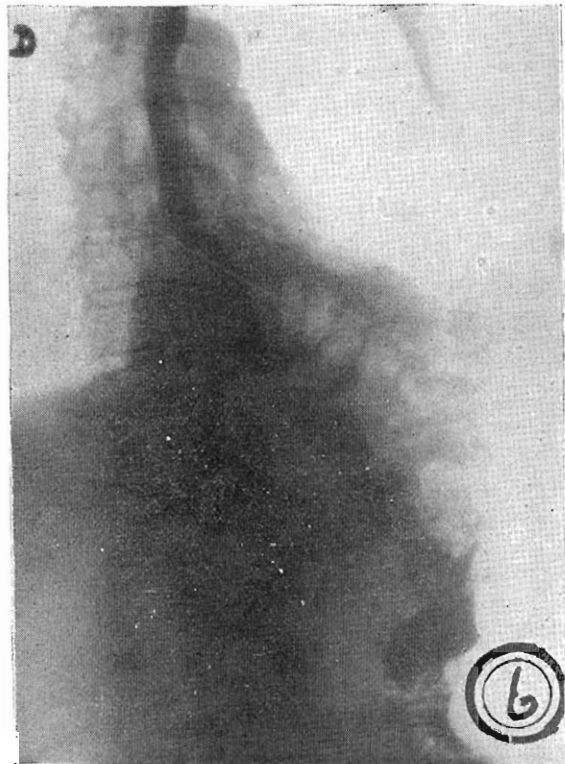
DR. LUIS CARILLO MAURTUA

Operación Total, Resección de  
 El Cór de esófago torácico, Resección  
 del Pulso duodenal, Pan-  
 creatocistoma Inv, Esplenocistoma, Resección de un  
 segmento de la Arteriovenal Torácica

# GRAFICAS

Oct.-Nov. 1941





Radiografías Post-operatorias Nos. 5 y 6.

Anastomosis esófago yeyunal intratorácica.  
Funcionamiento normal de la boca anastomótica.

## BIBLIOGRAFIA

- 1.—JEAN GOSSET. *Pathologie des conlins medico-chirurgicaux*. Masson Edit. París 1944.
- 2.—PACK, LIVINGSTONE. *Treatment of cancer and allied diseases*. 2. Paul Hoeber Edit. London and New York 1940.
- 3.—WALTERS, GRAY, PRIESTLEY. *Carcinoma y otras lesiones malignas del estómago*. Salvat Edit. Barcelona y Buenos Aires 1946.
- 4.—LAMBLING, GUILLARD. Arch. Mal. App. Digest. 37, 661, 1948.
- 5.—GUTMANN. *Le cancer de un estomac au debut*. Doin Edit. París.
- 6.—ALLEN. Sur. Gynec. Obst. 92, 757, 1951.
- 7.—ALBOT, TOULET. Arch. Mal. App. Digest. 40, 5, 1951.
- 8.—McNEAR, VANDERBERG, DONN, BOWDEN. Ann. of Sugery. I, 134, Pág. 2.
- 9.—LUIS CARRILLO MAURTUA. El Perú Médico 2. N<sup>o</sup> 4, 194, 1951.
- 10.—ALLISON, J. BORIE. Brit. J. Surgery I, 37, 21, July 1949.
- 11.—H. LEFVRERE, LORTAT-JACOB. Journal de Chirurgie. 66, 670, 1950.