

SARCOMA DIVERTICULAR DEL ESTOMAGO

Por el Dr. JAMES T. CASE, F. A. C. S., D. M. R. E. Chicago, Ill.

Análogo en casi todos sentidos el sarcoma al carcinoma gástrico, rara vez puede diferenciarseles clínicamente. La edad, evolución, resultado de la palpación y análisis del contenido gástrico, apenas si varía en ambos, a menos que sea un hecho que la falta de ácido clorhídrico libre es más rara y su aparición más tardía en el sarcoma. La hemorragia sólo existe como en la tercera parte de los casos comunicados, pero cuando se halla presente suele ser copiosa. Naegeli hace notar que en algunos casos existe infarto esplénico, y que puede utilizarse su existencia para el diagnóstico diferencial del carcinoma. Las metástasis acaso sean más remotas y formen tumoraciones mayores que en el carcinoma, y a veces las cutáneas ofrecen ocasión de examinar microscópicamente un ejemplar obtenido por la biopsia.

He encontrado dos casos de sarcoma gástrico en los cuales he podido hacer un diagnóstico histológico. Tratábase en uno de linfosarcoma gastro-intestinal generalizado, bastando el aspecto roentgenológico para acertar con el diagnóstico. En el otro, el que aquí describo, el sarcoma se formó en un divertículo de la pared gástrica, y es interesante recordar que uno de los casos de Balfour también fue en un divertículo gástrico.

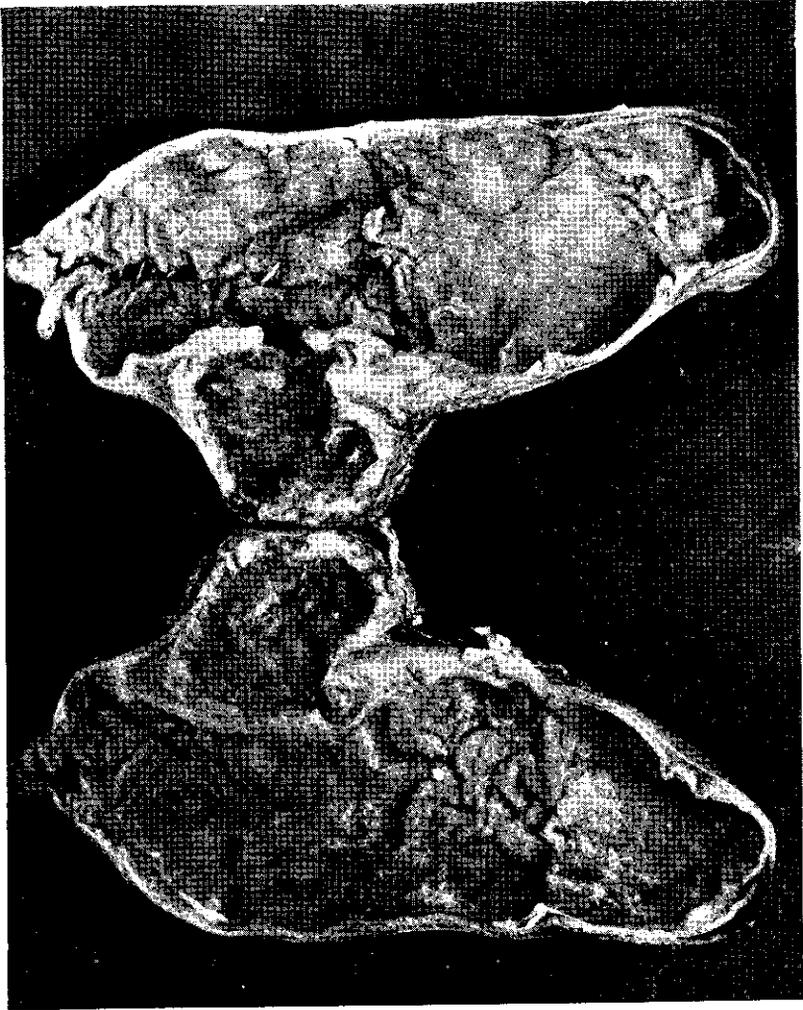
Varios minuciosos trabajos han sido dedicados al sarcoma del estómago, entre los cuales cabe mencionar los publicados en inglés por Haggard y Douglas (1920), Balfour (1930) y d'Aunoy y Zoeller (1930). Haggard repasó el asunto hasta 1920, descubriendo en la literatura 244 casos, de los cuales 107 habían sido operados. Balfour, a su vez, registró 54 casos de la Clínica Mayo, mientras que, antes de él, Masson había comunicado 13 casos comprobados del mismo establecimiento, incluso los observados hasta 1920. Balfour apuntó que la serie había aumentado de 13 a 54 entre 1920 y 1930, habiéndose hecho el diagnóstico operatoriamente en todos ellos, menos en uno descubierto en la autopsia. En 5 casos no se resecó tejido para estudio en la intervención, habiéndose sentido los cirujanos suficientemente justificados por el aspecto macroscópico para hacer el diagnóstico. Entre otros 3



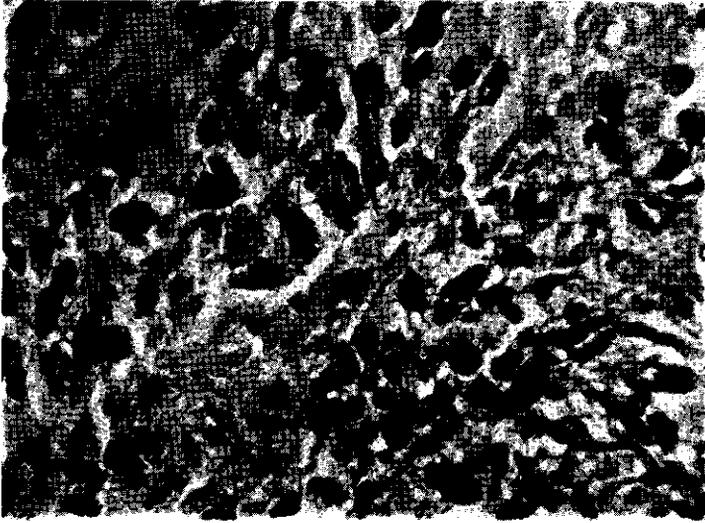
Enfermo en posición erecta.-Defecto de llenadura simulando el signo del cojinete de una úlcera maligna que no era sino un divertículo.



Enfermo acostado.-Defecto de llenadura del estómago. En el centro del defecto un nicho conteniendo una úlcera



Fotografía de la sección extirpada del estómago conteniendo el divertículo.



El mismo corte con gran aumento.



*Microfotografía del corte del sarcoma
diverticular del estómago.*

casos, el patólogo abrigó cierta duda, comunicando: "posiblemente sarcoma". D'Aunoy y Zoeller describieron 4 casos personales, enumerando a la vez las observaciones publicadas en la literatura hasta 1930, y al parecer sin saber del trabajo de Balfour, hicieron subir el total a 335.

Limitada mi experiencia con dicho estado, no justifica el entrar en generalidades, mas el peculiar aspecto de mi segunda observación, en el cual el sarcoma se asoció a un divertículo gástrico, sí me autoriza a presentar una reseña pormenorizada del caso con algunas disquisiciones. Es hecho a menudo observado que miomas benignos, tras un período más o menos largo de inocuidad, han manifestado de repente propiedades malignas. Schiller, Kimpton, Warner y otros han relatado casos en los cuales el tumor existió por mucho tiempo sin provocar síntomas, mas habiendo por fin que extirparlos por revelar características malignas, el diagnóstico microscópico fue sarcoma. Warner afirma que así como un leiomioma del útero puede degenerar en sarcoma, algo semejante puede acontecer en el estómago. Buchrach también creía que el leiomioma gástrico puede revestir propiedades malignas, opinión esa compartida por Bullock, Haggard y Fenwick, aunque ciertos autores, como Gosset, Bertrand y Lowey se oponen a ella.

Igualmente se han descrito tumores benignos del estómago asociados con diverticulosis, y Sandstrom, en 1929, comunicó un caso, interesante no sólo por su rareza, sino desde el punto de vista del diagnóstico diferencial, en el cual descubrióse una estenosis del píloro que tenía las características de una solución de continuidad, en cuyo centro podía observarse una especie de nicho opaco. Por los hallazgos roentgenológicos se hizo tentativamente el diagnóstico de úlcera con infiltración circundante. Al operar, el cirujano descubrió una hiperplasia tumoriforme benigna de las glándulas pilóricas en la submucosa y muscular, que rodeaba a un divertículo central, lo cual inspiró el diagnóstico de adenoma diverticular, o quizás más correctamente, adenomatosis combinada con divertículo.

Tales tumores (miomas o adenomas) diverticulares benignos son rarísimos en verdad, y Sandstrom no pudo encontrar en la literatura más que un caso, anterior al suyo, roentgenológicamente examinado, y en ése los datos roentgenológicos también habían sido interpretados erróneamente. Por virtud de la coexistencia de un divertículo y tumor, dificultase sobremanera el diagnóstico fundado en los hallazgos roentgenológicos: un nicho opaco rodeado de una solución de continuidad en la sombra gástrica ha sido reconocido como rasgo característico de una

úlceras malignas, aunque también observado en algunas de las grandes úlceras callosas. Por lo tanto, cuando se sospecha clínicamente úlcera o cáncer, resulta casi imposible excluir la primera. Para hacer, pues, el diagnóstico roentgenológico acertado, es probablemente necesario seguir esos casos con exámenes repetidos continuán en la misma forma. En esos casos, la falta absoluta de espasmodicidad milita contra la existencia de úlcera, siendo otro punto importante en el diagnóstico por exclusión la falta de melena.

A la luz de los precitados casos de tumor diverticular benigno, y del interesante dato de que en mi propio caso, que voy ahora a describir, había en la pared del divertículo un tumor diagnosticado microscópicamente como sarcoma, puede suscitarse el punto de si no se trataba primariamente de un gastroleyomiona que luego se volvió maligno.

Señor C. L. E., de 52 años, presentóse para examen y tratamiento el 24 de febrero de 1930, habiendo sido enviado por los doctores Gekler y Mendelson. Se quejaba de biliosidad y vértigos y cefalalgia con anorexia que se remontaban a cosa de un año. El interrogatorio reveló que había experimentado las habituales afecciones de la infancia, incluso tifoidea hacia los 14 años. Trece años antes de consultarme había ido a Nuevo México por padecer de tuberculosis pulmonar, y el reconocimiento reveló ahora lesiones pulmonares cicatrizadas. Mientras en Nuevo México su peso ascendió de 51.2 kg. a 64.9 kg., manteniéndose a la última cifra hasta fecha reciente en que empezó a manifestar perturbaciones gástricas. El peso había descendido hasta 49.9 kg., pero mientras lo atendía el doctor Mendelson había recuperado 6.35 kg.

Nuestras exploraciones pusieron de manifiesto antiguas cicatrices tuberculosas en los vértices pulmonares, y marcada esplenomegalia con calcificación. Roentgenológicamente, el estómago presentaba un cráter hacia la mitad del cuerpo gástrico, como de 1.25 cm. de diámetro, y rodeado de una solución de continuidad que juzgamos representaba un tumor. El resto del estudio gastrointestinal careció de importancia. La hematimetría acusó 4,750,000 eritrocitos y 11,500 leucocitos. Los hallazgos urinarios fueron normales. El análisis gástrico reveló ácido clorhídrico libre que llegó hasta 45 al cabo de una hora, y sangre macroscópica en el contenido gástrico en ayunas. Nuestro diagnóstico fue: "lesión ulcerosa en el medio del cuerpo del estómago, algo cerca de la curvatura mayor, con neoplasia."

Al intervenir, descubrí una tumefacción tan grande alrededor del aparente cráter ulceroso, que me pareció la lesión debía ser maligna.

Encontré una tumoración que medía 4.5 cm. de diámetro en la base localizada en la pared anterior del estómago, cerca de la curvatura mayor y proyectada 2.5 cm. de la cara anterior de dicho órgano. Resequé el tumor junto con la porción distal del estómago, a la Polya, ejecutando una anastomosis gastro-yeyunal retrocólica. El hígado era normal. El ejemplar reveló diverticulosis, teniendo el cráter 2.5 cm. de profundidad y al parecer una úlcera en su base. Fue interesante observar que no había adherencias, aparte de algunos colgajos epiploicos, a la tumefacción diverticular, de modo que apenas había lugar a pensar en divertículo por tracción.

El examen macroscópico reveló una mucosa lisa e intacta, salvo por una abertura marcadamente excavada que se comunicaba con el ahondado interior de la tumefacción observada por fuera. La cara interior estaba ulcerada, espesada, irregular y cubierta de fibrina. La pared, firme y sonrosada, mostraba numerosas zonas hemorrágicas.

Estudio microscópico por el doctor H. R. Fishback (a continuación):

Los cortes de la excavación localizada en la pared gástrica revelan microscópicamente ulceración con pérdida absoluta de la mucosa, hallándose la base de la úlcera cubierta de fibrina, debajo de la cual hay tejido de granulación mezclado con células neoplásicas. Estas forman una masa que constituye casi todo el espesor de la pared, acompañada de infiltración y destrucción de la mucosa, submucosa y muscular. Las células se hallan apiñadas con una pequeña cantidad de fino tejido reticular, acusando diversos tamaños y formas, pero siendo principalmente redondeadas o cuboideas. Grandes los núcleos, se inclinan al hiperchromatismo y muestran una floja estructura reticulada. No se observa cariomeiosis. Muchos espacios sanguíneos aparecen recubiertos de células tumorosas.

Diagnóstico: Sarcoma de células mixtas del estómago.

Hoy día, a los 30 meses de la operación, el enfermo pesa unos 61.1 kg. y puede desempeñar su ocupación habitual de gerente de una tienda.

Dr. JAMES T. CASE, F. A. C. S., D. M. R. E. Chicago, Ill.
Miembro Corresponsal de la Academia Nacional de Medicina de México.
