

GACETA MEDICA DE MEXICO

ORGANO DE LA ACADEMIA N. DE MEDICINA

Registrado como artículo de 2a. clase en la Administración de Correos
de México, D. F., con fecha 21 de marzo de 1939

TOMO LXXVI

ABRIL DE 1946

NUM. 2

TRABAJOS ACADEMICOS

Úlcero - cáncer *

Por el Dr. LEONIDES GUADARRAMA,
académico de número

Al transcurrir los últimos 18 años de mi vida profesional en un Servicio de Gastroenterología del Hospital General, en contacto con el problema diagnóstico y terapéutico de los ulcerosos gástricos y de los pacientes con carcinoma del estómago, me he podido dar cuenta del tan difícil problema, a veces irresoluble, del diagnóstico diferencial de la úlcera péptica en ciertos de sus aspectos con el cáncer ulcerado del estómago. Son en tan crecido número los enfermos que llegan al servicio sin que pueda hacerseles una terapéutica radical en los cánceres gástricos, que todo lo que se escriba con la sana intención de establecer u orientar el procedimiento clínico de estudio debe ser visto con interés, aun cuando poco se avance en la doctrina y quede aún por resolverse a fondo el problema etiológico de ambos estados patológicos por separado o en las inter-relaciones que pudieran tener cuando se observan en el mismo sitio de un estómago enfermo.

En las siguientes líneas pretenderé hacer una breve relación

* Trabajo de turno reglamentario, leído en la sesión del 17 de octubre de 1945.

histórica del debatido concepto del úlcero-cáncer tomando, como es de presumirse, los datos necesarios de la literatura ya establecida, permítase la expresión, que forma los libros de consulta y también la más reciente que se mueve en las revistas médicas especializadas, con el objeto de dar una idea de la revisión que se ha hecho sobre la histopatología de las úlceras malignas y benignas en el estómago, que ha hecho que las estadísticas de la cancerización del *ulcus gástrico* hayan descendido del 71% al 5%, cifra ésta que ha resistido hasta la fecha.

Si volvemos los ojos a otros problemas de la patología como el de la tifo-bacilosis de Landouzy, de la tifo-malaria, de las septicemias Eberthianas, de las úlceras venéreas: chancrela, chancre infectante, lesión primaria de la linfopatia venérea como ejemplos, nos damos cuenta de que, por el aspecto clínico, tan variadas enfermedades formaban entidades que no pudieron desmenuzarse y colocarse cada una en su debido sitio hasta que los conocimientos de la bacteriología aclararon con su luz los conceptos etiológicos erróneos. No podrá avanzarse con paso seguro en el debatido problema del úlcero-cáncer mientras no se conozcan con toda precisión las causas eficientes, determinantes y predisponentes de la úlcera péptica y del cáncer gástrico, para que pueda entonces estudiarse con todo rigor la inter-dependencia que estos dos padecimientos puedan tener en aquellas formas anatomoclínicas en las que el ojo más experimentado no puede distinguir diferencias macroscópicamente, y en las que el investigador más concienzudo de nuestra época se ve incapacitado para determinar con precisión el lindero que separa a las células cancerosas de las que se observan en una hipertrofia celular papilomatosa situada en el margen de una úlcera benigna.

Considero de gran valor práctico hacer una relación de los elementos de orden clínico que orientan hacia una exploración roentgenológica, gastroscópica y de laboratorio de cada paciente gastrópata que potencialmente es un canceroso, si tomamos en cuenta que de todos los cánceres del organismo, de 20 a 30% están situados en este órgano y que 2 a 4% de todos los adultos mueren a causa de este padecimiento.

La denominación del úlcero-cáncer dada por Hayem tiene la

ventaja, según Moutier, de no implicar ningún concepto doctrinario acerca de si la úlcera péptica se degenera o si simplemente se trata de una ulceración cancerosa desde el principio. Sin embargo, la idea que viene a la mente con esta expresión es la de que una úlcera primero simple es seguida por un cáncer.

La finalidad de esta designación es la de que el clínico debe fijar su pensamiento en el carcinoma gástrico siempre que se encuentre en presencia de una ulceración con determinados matices evolutivos, radiológicos, gastroscópicos, etc., con el objeto práctico de plantear la necesidad de la excisión quirúrgica de la lesión en forma más oportuna, para salvar muchos casos que más tarde serían perdidos.

Los primeros observadores anatómo-patólogos y clínicos, Cruveilhier y Rokitansky (1842), consideraron completamente independientes la úlcera péptica y el carcinoma gástrico y solamente indicó el primero de estos autores la aparición del cáncer en los pacientes con úlcera, como enfermedad concurrente en aquellos que presentarán la diátesis cancerosa. En otros términos, los ulcerosos gástricos también se enferman de cáncer del estómago.

Los trabajos e ideas de Zenker de 1874 a 1882, acerca de que la mayoría si nó todos los cánceres del estómago tenían su origen en una simple úlcera, y los primeros estudios histológicos detallados del úlcero-cáncer publicados por Hauser en 1883, acerca de la infiltración cancerosa en una porción del margen de las úlceras pépticas, dieron origen a que se publicaran numerosísimos trabajos posteriores sobre el mismo tema. De 1904 a 1907, Mayo Robson, Moynihan y otros autores elevaron la estadística hasta el 50% y 71% de cánceres que tenían por origen una úlcera péptica o sus cicatrices. Wilson, MacCarty y Broders de la Clínica Mayo, hicieron una estadística de 68% de cánceres gástricos a partir de úlceras pépticas y emitieron una teoría considerando el *ulcus* como lesión pre-cancerosa.

Las estadísticas han variado desde 0 a 71%, pasando por una casi ininterrumpida serie progresiva de símbolos numéricos, entre los que encontramos como más importantes los de 33% en 159 casos de Bertrand de la Salpetriere citado por Bockus; 50 a 68% de Moynihan, Wilson, MacCarty y Broders; 71% de los 153 casos

de Mayo Robson citados por el mayor número de autores. Gutman cita cifras estadísticas de cancerización de las úlceras que van del 0 al 100%, después de consultar 78 autores diferentes, según afirma.

Es para meditar por qué estos números, no obstante ser expresiones matemáticas que implican exactitud, difieren tanto unos de otros. Para sumar observaciones clínicas y formar una estadística, es menester que los casos sean idénticos, iguales, porque es condición matemática que para sumar las unidades sean éstas de la misma especie. Si hay muchas diferencias en las diversas sumas es que los elementos son disímbolos y que, por lo mismo, el material anatómico y clínico que ha servido para formular las estadísticas ha sido diferentemente tomado por los autores.

Las divergencias en la interpretación de los estudios histopatológicos han dado lugar a que se hayan considerado úlceras pépticas degeneradas las que no lo eran. Con las afirmaciones detalladas de Aschoff en 1912, Hurst y Stewart, Ewing, etc., se creó un estado de desconcierto para que en la actualidad se tenga la impresión de que va existiendo acuerdo sobre la interpretación que deba darse a los hallazgos en los cortes histológicos.

Los islotes de células epiteliales que se observan en el margen de la úlcera péptica resultantes del esfuerzo regenerativo de los tejidos, el aprisionamiento de células por tejido conjuntivo retráctil, fueron tomados como células cancerosas. Kocher ha examinado personalmente las preparaciones de la Clínica Mayo que motivaron el alza a 68% de cancerizaciones de úlceras pépticas persistentes, y el mayor número fueron consideradas como simples proliferaciones benignas del epitelio. Papin, citado por Gutman, dice algo semejante y señala que el error puede ser cometido al tomar como células malignas las monstruosidades citológicas no epiteliomatosas y aún la inclusión de las células del epitelio en los bordes esclerosos de la úlcera, y compara estos hechos a los análogos descritos por Masson a propósito de la cicatrización de las heridas de guerra.

El signo más importante que se consideraba como clásico, para la diferenciación de que hablamos, era el relativo a la destrucción

de la capa muscular, cortada a pico en la úlcera péptica crónica y desaparecida al nivel del fondo, y la disociación e infiltración de la misma en el cáncer ulcerado; pero Newcomb encontró la capa muscular conservada en 5 casos de 161 úlceras estudiadas y la misma capa de tejido destruida en 2 de 40 cánceres. Para otros autores, fué la fusión de la muscularis mucosa y de la muscular lo que caracterizaba la existencia previa de una úlcera redonda y que aquellos casos en que había células epiteliales infiltrando, separando estas capas, debían ser considerados como primitivamente cancerosos. El hecho de aparecer solamente en una porción del margen de la ulceración la infiltración cancerosa y en el resto del borde los caracteres de inflamación y regeneración crónicas, debería ser tomado como prueba inequívoca de la cancerización de una úlcera preexistente (Hausser). Sin embargo, se hicieron las objeciones siguientes: 1o.—Se trata de la superposición de un cáncer primitivo del estómago que invade una úlcera. 2o.—Un carcinoma primitivo se ulcera; la acidez alta del contenido gástrico destruye las células malignas en toda o parte de la ulceración, de tal manera que, cuando se hace el estudio, no pueden ser reconocidos elementos malignos; y 3o.—El cáncer ulceriforme está formado por la pérdida de substancia ocasionada por la necrosis del proceso neoplásico y por la extensión consecutiva a reacción inflamatoria. Se decía también: las trombosis vasculares pertenecen al *ulcus* y las neoformaciones vasculares aparecen en el cáncer y lo caracterizan. La reconsideración de los hechos observados ha dado lugar a que se tenga la impresión de que existe ya un acuerdo sobre los hallazgos histopatológicos, así como sobre la interpretación correcta. El estado actual de estos conocimientos después de hecha la revisión, se puede resumir en la forma siguiente: 1o.—La estructura anatomo-patológica de la úlcera péptica se caracteriza por la existencia de cuatro capas que, del piso al borde, son las siguientes: a) de exudado; b) de necrosis; c) de granulación; d) de cicatrización; el proceso inflamatorio reaccional determina una regeneración epitelial en los límites externos de la lesión que llega, en algunos casos, a formar verdaderas papilas, las que de ninguna manera deben confundirse con un carcinoma incipiente. 2o.—Los cánceres gástricos pueden ulcerarse y esto ha dado lugar a veces a suponer un mecanismo

inverso, es decir, a la degeneración total de una úlcera. 3o.—Las estadísticas de la Clínica Mayo de evolución cancerígena de la úlcera péptica fueron erróneas debido a una falsa interpretación microscópica: la presencia de islotes celulares proliferantes que, siendo benignos, fueron tomados como indicio de malignización. 4o.—El borde proximal de una úlcera simple, en pendiente, tiene la fusión de la mucosa con la capa muscular; pero en la porción distal no se observa lo mismo: aquí, el borde es desvanecido en declive, correspondiendo éste a la clásica descripción de que las úlceras tienen el eje del cráter dirigido oblicuamente de abajo hacia arriba. 5o.—Los procesos de endarteritis y trombosis en el fondo de la úlcera no son comunes; en realidad, lo que hay son fenómenos de hiperplasia vascular. Esto no se observa en el cáncer. 6o.—Las glándulas del estómago nunca penetran en la submucosa y este carácter histológico distingue el proceso de regeneración en los bordes de la úlcera péptica del de proliferación cancerosa. 7o.—Aunque existen algunos casos, 3 a 5%, de cánceres desarrollados sobre las cicatrices de úlceras pépticas, su valor patogénico es aleatorio y no comparable a la degeneración observada a partir de los tumores benignos del mismo estómago.

Me ocuparé ahora de la experiencia de los clínicos. Cuando estaban en boga las ideas de MacCarty y Broders, se juzgaban los antecedentes clínicos de gastropatía antigua para justificar la preexistencia de úlceras pépticas, fundándose solamente en los trastornos funcionales subjetivos y en ocasiones sin la comprobación radiológica y, desde luego, nunca la gastroscópica. Como es natural, considerados así los hechos clínicos, se elevaba la proporción de antecedentes ulcerosos en aquellos enfermos en quienes se comprobaba la existencia de un cáncer ulceriforme.

Más tarde, con los progresos logrados en el estudio roentgenológico y gastroscópico, ha surgido la experiencia de los clínicos, roentgenólogos y gastroscopistas, que puede resumirse en la forma siguiente: De 346 casos de úlcera gástrica seguidos durante largos períodos por Crohn, observó 1.2% de muertes por cáncer del mismo órgano, cifra ésta menor a la que señala la muerte en igual número de personas de edades semejantes de la población general. El mismo autor, tomando 1,600 casos seguidos después

de la intervención quirúrgica por varios cirujanos, encontró un 2.2%; y a conclusiones semejantes han llegado Brown, Sippy, Bevan y otros.

Es de llamar la atención que todo lo que se ha dicho del úlcus gástrico como factor predisponente para la cancerización no es aplicable a la úlcera péptica del duodeno la que, sin embargo, tiene condiciones etiopatogénicas tan semejantes en su aparición. De todos es bien sabido que los carcinomas de la primera porción del duodeno son excepcionales. Lord Moynihan, citado por Barclay, dice: "Yo me he encontrado únicamente dos casos de cáncer primario del duodeno, y de uno de ellos no hubo comprobación necrósica". El mismo Barclay transcribe las opiniones del Prof. A. H. Burgess, de Mr. A. J. Walton y del Dr. H. Courtney Gage; este último señala que hay solamente dos casos anotados en el Hospital de St. Mary en los últimos 33 años, y que no se ha encontrado ninguno en las últimas 3,000 autopsias; Jefferson a su vez encontró cuatro centésimas por ciento en 109,000 autopsias de ocho hospitales europeos. Solamente he encontrado una cita que se refiera a la implantación de un cáncer que parecía estar situado en la base de una úlcera duodenal diagnosticada tres años antes (L. Arisz, "Acta radiológica de 1932", citado también por Barclay). De lo anterior debe pensarse que la coexistencia de úlcera y cáncer gástricos parece estar más bien subordinada a factores tisulares del estómago, todavía desconocidos, y no a la úlcera misma, y que los enfermos con úlcera del estómago están expuestos a presentar cáncer de este órgano como aquellas personas que nunca han tenido la enfermedad de Cruveilhier.

Paso a ocuparme ahora del diagnóstico diferencial. Se ha hecho el intento de formar síndromes clínicos del úlcero-cáncer y con Moutier se consideraba una fase ulcerosa, una fase de transición y una fase cancerosa. La descripción de estos cuadros me parece que es netamente esquemática y artificial, alejada de la realidad, pues se describía primero el síndrome clínico ulceroso típico de larga duración, con dolores periódicos, ritmados, con hematemesis rojas y con acidez clorhídrica libre alta. En la fase intermedia, la periodicidad y el horario iban perdiéndose, para advertirse que el paciente sufría en forma continua, el apetito iba disminu-

yendo y la clorhidria en descenso; el estado general se veía afectado en forma más ostensible, para terminar en la tercera fase que, por su descripción, corresponde al cuadro clásico del cáncer gástrico que se encuentra descrito en las obras de Patología, con anorexia pertinaz, anemia acentuadísima, hematemesis en "asiento de café", tumor palpable, signo de Troisier y caquexia; en otros términos, un cáncer inoperable, un enfermo perdido.

Esta manera de ver las cosas desde el punto de vista clínico no tiene ninguna importancia práctica porque excepcionalmente se podrá encontrar un enfermo así. Hemos observado casos en que el cuadro clínico es típicamente ulceroso, periódico, con dolor ritmado y con acidez clorhídrica libre alta y aún con hematemesis rojas y, sin embargo, la roentgenología y la gastroscopía permitieron establecer el diagnóstico de un cáncer ulceriforme. Es fácil comprender que los dolores, los vómitos, los fenómenos estenosantes sean los mismos para una lesión circunscrita en la pared gástrica, por ejemplo, cercana al píloro, aunque se trate de úlcera benigna o maligna, porque los síntomas dependen de la forma en que afecte la sensibilidad, la movilidad, el tono y la función de evacuación del estómago, considerando la sensibilidad no de la del tipo cerebro-espinal, sino la visceral con sus atributos fisiopatológicos específicos y no de la naturaleza misma de la lesión.

Gutman, en su interesante libro "Los síndromes dolorosos de la región epigástrica", en el capítulo de los síndromes úlcero-cancerosos, también hace el esfuerzo de crear cuadros clínicos especiales que permitan diferenciar la úlcera cancerizada y el cáncer ulceriforme y, a semejanza de lo expuesto por Moutier, para el primer caso considera que: el paso del estado ulceroso al canceroso puede algunas veces ser observado en un enfermo en el cual los síntomas cambian poco a poco; y en el segundo, de acuerdo con los autores lyoneses Tripier, Duplant y Devic, describe el cuadro clínico diciendo en resumen que: clínicamente nada puede distinguir durante largo tiempo un cáncer ulceriforme de un *ulcus*; sólo que se cambia el concepto de acuerdo con Aschoff, Konhertzny y Paterson, quienes consideran que todos estos casos son cánceres desde el principio, difíciles de reconocer aún por el examen mismo de la lesión, sino que serían de forma especial y de marcha lenta, un

verdadero "ulcus rodens" del estómago con evolución de cinco a seis años como máximo.

Los síndromes clínicos, de acuerdo con la realidad, nada tienen de especial y por sí solos únicamente orientan hacia una exploración más completa de los pacientes por medio de la radiología y de la gastroscopía y el laboratorio; es decir, que ante cualquier cuadro clínico, doloroso, o no, en personas de cierta edad, más de 40 años, con antecedentes gastropáticos cercanos o lejanos, deberá plantearse la necesidad de hacer un estudio a fondo de las condiciones de su estómago para que en esta forma se sorprendan las primeras fases, muchas veces mudas, de las ulceraciones cancerosas. Sin embargo, una historia de dolores epigástricos bien precisados, de menos de un año y medio para algunos, de menos de un año para otros, yo diría: mientras más cercanos los antecedentes, más reciente la gastropatía, más valor tendrán para hacer pensar en un cáncer y no en úlcera simple, sobre todo cuando se trate de individuos de más de 50 años. Es necesario saber buscar bien los antecedentes; no son raros los casos en que las molestias epigástricas dependían de una colecistitis litiásica coexistente o de una colopatía muco-membranosa o de un padecimiento ginecológico y nada, por lo mismo, tenían de relación con el nuevo estado patológico.

En las ulceraciones cercanas al píloro y que trastornan la evacuación gástrica dando un síndrome pilórico, lo rápidamente estenosante, la estenosis a corto plazo sin antecedentes gastropáticos, es de real valor clínico para pensar en la naturaleza maligna, siempre y cuando el síndrome sea persistente y que obligue a la intervención. La degeneración maligna que aparece en la boca de la gastro-enterostomía, practicada en el tratamiento de una úlcera que evolucionó como simple, debe hacer pensar en un error de diagnóstico y plantear el retrospectivo de úlcera maligna desde el principio. Es una regla general, aunque teóricamente pueda coexistir un cáncer gástrico de la curvatura mayor con la úlcera simple que motivó la operación.

En lo que se refiere a la edad, se dice en forma esquemática: la úlcera simple es de los adultos, el cáncer es de los viejos. Pero realmente sólo se le da algún valor, como antes se dijo, cuando

está en función de otros atributos clínicos, puesto que hay úlceras simples en edades muy avanzadas y cánceres ulceriformes en jóvenes.

La baja de peso, la anemia y la repercusión sobre el estado general no tienen valor decisivo, pues que vemos comúnmente numerosos ulcerosos en las formas dolorosas y cuando se presentan complicaciones hemorrágicas, en los que se afecta muy seriamente su estado orgánico, mientras que son bien llevadas úlceras cancerosas, comprobadas en la pieza de resección, sin afectar el estado general. En cuanto al examen del contenido gástrico, la presencia de sangre en forma de "asiento de café" es de algún valor, pero no decisivo por sí solo; las gastritis erosivas en las úlceras estenosadas del píloro dan lugar a pequeñas y sostenidas hemorragias que dan carácter semejante al contenido gástrico.

La exagerada acidez libre, que es clásico considerar característica de la úlcera simple, no tiene en realidad ese valor. Hemos operado pequeños cánceres pilóricos con anaclorhidria y grandes úlceras cancerosas con hiperclorhidria. Las pequeñas úlceras cancerosas generalmente se presentan con cualquier grado de acidez, por lo que no es de valor para desechar la malignidad. En grupos de úlcero-cáncer y de úlcera benigna debidamente comprobados, se encontró ácido clorhídrico libre en igual proporción en todos los casos; y en un grupo paralelo de enfermos con cáncer del estómago no ulceriforme, 60% eran anaclorhídricos a la histamina. Sin embargo, la ausencia de ácido clorhídrico libre había en favor de la malignidad de la lesión, aunque sabemos que en algunas formas de sífilis gástrica pseudo-cancerosa la anaclorhidria es la regla.

La investigación de sangre oculta en las materias fecales es de cierto valor cuando se observa de dos o tres semanas de un tratamiento médico anti-ulceroso, para pensar en la malignidad de la lesión, pero no hay que olvidar que las úlceras carcinomatosas no sangran siempre en forma constante. Se recurre también a pruebas de suficiencia hepática e investigación de la fosfatasa circulante para buscar la existencia de metástasis hepáticas, siempre y cuando no haya una enfermedad anterior del hígado o que la lesión de apariencia benigna sea penetrante a dicho órgano.

Como se comprende, estos elementos de laboratorio serán solamente para agregarse a los demás datos clínicos cuando se trate de acumular pruebas en los casos de muy difícil diagnóstico.

Me queda por analizar los signos radiológicos y gastroscópicos que son, pudiéramos decir, la clave de los diagnósticos posibles en este terreno tan difícil.

Cabe decir que el progreso alcanzado en las últimas décadas en la gastroenterología débese fundamentalmente a los rayos Roentgen aplicados a la clínica. El diagnóstico de sitio de la lesión en un síndrome ulceroso se pretendía hacer antes en forma tan simplista que era prácticamente un vano intento. Como un recuerdo podemos resumir aquello de que si el dolor se exageraba en decúbito ventral, en el supino o en los laterales o en las posiciones de pie, podría tomarse como signo de la localización de la lesión gástrica hacia el lado correspondiente. Esto hay que olvidarlo. Ni aun en los síndromes ulcerosos estenosantes puede localizarse la lesión sin la ayuda de la Roentgenología; el mismo cuadro corresponde a una ulceración que estrecha el píloro por el lado gástrico o por el duodenal. Lo propio puede decirse cuando la dificultad estriba en la localización patológica a un órgano vecino al estómago y, por lo mismo, la causa de los síntomas gástricos es extra-visceral.

Para que sea posible un diagnóstico fino, de calidad, con el uso de los rayos X, es menester que cuente con muy buenas instalaciones y con técnicos de muy alta competencia para que la combinación de ambos factores dé el rendimiento máximo. En un órgano hueco que se mueve, que debe desplazarse pasivamente, un ojo avezado descubre a la fluoroscopia la zona sospechosa por su quietud o por su adherencia a un órgano vecino, y será hacia esa zona a la que dirija la exploración radiográfica para fijar en placa las imágenes sorprendidas en el momento preciso de su observación en la pantalla. El estudio del dolor en función de los datos roentgenoscópicos: la periodicidad perdida, la falta de horario, el dolor tabetiforme, la irradiación dorsal y al hombro izquierdo, es explicable después de ver una imagen radiológica que sugiere la penetración de una úlcera al páncreas; los fenómenos disfágicos, la constricción retro-esternal dolorosa anginoide, en una ulceración que los rayos

X enseñaron sólo a la posición de Trendelenburg en las cercanías del cardias. Estos ejemplos ilustran sobre la estrecha cooperación que debe existir entre el técnico roentgenólogo y el clínico sagaz para resolver problemas difíciles, entre los que está en primera línea el diagnóstico de las úlceras malignas en su principio.

Ya con las placas radiográficas a la vista debe fijarse la atención sobre los atributos del nicho que a continuación refiero. El sitio enseña lo siguiente; Los nichos situados en la **porción horizontal** del estómago son por sí solos sospechosos de malignidad, un 65% de los situados en los dos centímetros cercanos al píloro corresponden a úlceras malignas. Todas las úlceras de la curvatura mayor y del fundus deben considerarse como cancerosas; sin embargo, una enorme ulceración operada recientemente por el Dr. Ayala y por mí, situada en la curvatura mayor frente a la incisura angular, resultó ser benigna. Otros autores (Allen, de Boston) refieren haber encontrado ulceraciones sifilíticas de esta misma localización. Los nichos situados francamente en las caras anterior y posterior, no cercanos a la curvatura menor, en estadísticas numerosas corresponden a cánceres ulcerados en 20%. Los situados en la curvatura menor entre la incisura angular y los dos centímetros cercanos al cardias, y los situados sobre el mismo píloro han resultado malignas en un 10%; esto último, referente a la localización pilórica, se reduce de 65 al 10% debido, probablemente, a que toma participación el duodeno en las úlceras verdaderamente pilóricas. Si se toma en cuenta que la mitad de todas las ulceraciones del estómago se sitúan en la curvatura menor, se explicará por qué la mayoría de los errores de diagnóstico se refieren a los nichos de esta localización, aún cuando sólo un 10% correspondan al cáncer. Nuestra experiencia de los nichos muy cercanos al cardias es que corresponden casi en su totalidad a cánceres altos del estómago o a invasiones descendentes del esófago.

El tamaño del nicho ha sido motivo de interpretaciones engañosas. Los muy grandes, de más de dos y medio centímetros, han permitido el diagnóstico de malignidad en un 50%; pero como se han observado pequeñas úlceras malignas y enormes que son benignas, debe combinarse la dimensión con otros factores

de sitio, de evolución y de edad del paciente. Se ha observado la desaparición de nichos gigantes, explicándose el fenómeno al observar la pieza de resección por el llenado de la cavidad consecutivo a la proliferación del tejido neoplásico o porque aun existiendo el hueco era obstruida su entrada por yemas cancerosas (Meingot). Los nichos gigantes también los hemos observado en nuestro servicio en los síndromes pseudo-cancerosos de la sífilis gástrica y en las úlceras arterioescleróticas de Virchow, síndromes ulcoides de los ancianos vasculares.

Las irregularidades en el perfil del nicho se deben interpretar con criterio, porque pueden ser debidas a la penetración al hígado o al páncreas de una úlcera benigna exteriorizada, o al depósito en el piso de la ulceración de exudado o de restos de alimentos. La presencia de un nicho de Haudec típico, con su cámara de aire, su porción pseudo-diverticular y el cuello saliendo francamente de la línea que marca arriba y abajo el perfil de la sombra gástrica, es de mucho valor para pensar en la no cancerización de una lesión.

En el estudio de las zonas vecinas al nicho, la densidad de la opacidad a los rayos X, la falta de uniformidad de la misma y la prominencia que el nicho con sus zonas vecinas hagan hacia la cavidad gástrica como si hubiese sido estirada, jalada en conjunto toda la región ulcerada, han dado lugar a las diferentes designaciones que se conocen: nichos "encastrés" de Gutman, empotrados diríamos nosotros, que se sitúan hacia adentro del perfil gástrico en una hondonada, si lo vemos de fuera hacia adentro, o en una colina si se imagina que es observado desde el interior del estómago; el nicho en "plateau", en meseta, a su vez empotrado, que corresponde a una ulceración con rodete prominente; el nicho con "halo", que es el mismo inmediatamente antes descrito, cuando se sitúa en las caras del estómago y que corresponde también al descrito por Carman en 1909 como el "signo del menisco". Esta variedad de nicho ha resistido al tiempo y queda como uno de los signos radiológicos más valiosos del úlcero-cáncer, del carcinoma ulcerado. El aspecto jaspeado de las zonas circunvecinas corresponde a engrosamientos de la pared gástrica, ya sea por infiltración

maligna, que es lo más frecuente, o por inflamación o edema periulceroso cuando hay gran actividad inflamatoria de las úlceras benignas. Cuando los nichos observados son múltiples, es la regla interpretarlos como señal de erosiones en las gastritis llamadas erosivas. Nosotros hemos observado tres pequeños nichos en la pequeña curvatura, que correspondían a pérdidas de sustancia en el estómago gástrico de un enfermo con tabes dorsal.

El estudio de la mucosa gástrica (radiografías de relieve) presta utilidad. Los pliegues convergentes a un nicho hacen pensar en la benignidad, y la interrupción de los mismos en las zonas vecinas ha permitido en ocasiones pensar en una infiltración maligna.

La comprobación fluoroscópica y radiográfica de fenómenos espasmódicos y de hiper-motilidad gástricas, la retracción en la curvatura mayor frente a un nicho, hablan en favor de la benignidad. Hay que ser cautelosos al interpretar los estómagos en forma de reloj de arena porque, cuando las escotaduras que biloculan el órgano son a expensas de ambas curvaturas, la mayor y la menor, aun cuando exista un nicho situado en la hondonada derecha, hay que pensar en un carcinoma; y cuando la biloculación se hace exclusivamente a expensas del perfil izquierdo es generalmente propia de la úlcera benigna. La coexistencia en el estudio radiológico de un enfermo de un nicho duodenal y de uno gástrico, inclina el diagnóstico hacia la benignidad de ambos, aunque sea sospechoso el aspecto de la lesión gástrica. Bockus señala con su experiencia que la úlcera duodenal parece conferir cierta inmunidad contra el cáncer gástrico.

No hay que olvidar que el estudio roentgenológico solo no da bases absolutas para el diagnóstico, sino que debe haber una estrecha cooperación entre el clínico y el radiólogo, de donde resulta la justificación de la frase ya consagrada de algunos roentgenólogos, quienes dicen al final de sus informes "interpretense de acuerdo con la clínica".

La gastroscopía, revivida por Schindler con su gastroscopio flexible, introducida e impulsada en nuestro medio por el Dr. Ayala González, presta verdadera utilidad en el diagnóstico diferencial de las ulceraciones benignas y malignas del estómago. Es

condición sine-qua-non que el gastroscopista sea muy experimentado para que juzgue de las posibilidades de la endoscopia, y para que las imágenes observadas sean interpretadas cautelosamente y no con el entusiasmo o el escepticismo a que da lugar todo procedimiento exploratorio nuevo.

En nuestro servicio de gastroenterología, ha sido de positiva utilidad la gastroscopia para estudiar con exámenes sucesivos los resultados de la terapéutica empleada y para observar la evolución de las ulceraciones al alcance de la vista en relación con la mejoría clínica y el aspecto radiográfico concomitante, así como para hacer el diagnóstico directo según la iconografía.

Resumo a continuación los detalles gastroscópicos que permiten el diagnóstico en las ulceraciones gástricas en relación con nuestro tema de úlcero-cáncer. El endoscopista se encuentra los siguientes tipos de ulceraciones: a) erosiones de la gastritis hipertrófica; b) la úlcera péptica; c) las ulceraciones carcinomatosas y d) la úlcera sifilítica.

a) Las primeras son erosiones numerosas con bordes irregulares, situadas en áreas con imagen típica de gastritis hipertrófica y no están asociadas con la úlcera péptica, cicatrizan en pocos días y aparecen otras. Su diferenciación con las del carcinoma puede ser difícil cuando se trata del cáncer infiltrativo con pequeñas pérdidas de substancia; es la evolución la que permite diferenciarlas.

b) La úlcera péptica excepcionalmente es superficial; esto solamente se observa en el período de declinación debida a un tratamiento médico bien llevado. Es crateriforme, su fondo es blanco amarillento que corresponde a la capa de exudado y sólo se observa de color café o rojo oscuro cuando acaba de pasar una hemorragia; la mucosa circunvecina está a veces inflamada, de aspecto rojizo o está sana; en el primer caso el estado gástrico es generalmente sólo en la región vecina y no en el resto del estómago. El enrojecimiento de los bordes indica cicatrización activa.

c) En la úlcera carcinomatosa los bordes pueden aparecer cortados a pico como en la benigna, el fondo es generalmente de color café rojizo, violeta, o gris sucio, de aspecto irregular y en la zona vecina hay nódulos que, por su tamaño y distribución, di-

fieren de los de la gastritis hipertrófica. Está situada la pérdida de substancia generalmente sobre una eminencia, correspondiendo a una de las formas de nicho ya descritas: al empotrado, o al de Carman. Es frecuente encontrar con este tipo de ulceración imágenes de gastritis atrófica en otras zonas del estómago.

d) Las úlceras sifilíticas, consideradas como lesión rara, son polimorfas; su piso es también amarillento y el tejido circunvecino está generalmente muy infiltrado. El diagnóstico directo endoscópico puro no es posible y es menester, como siempre, recurrir a los datos clínicos: antecedentes luéticos, reacción de Wassermann positiva intensa, anaclorhidria habitual. Seguida la evolución con el gastroscopio, se observa la curación con la terapéutica específica, dejando como huella una cicatriz gris.

Hace notar Schindler que el colorido de la mucosa in vivo permite más precisos diagnósticos desde el punto de vista macroscópico que el examen de las piezas de resección, porque la circulación activa, en el primer caso, da más variados matices que la pieza muerta y esto le permite aseverar que **la gastroscopia comúnmente permite el diagnóstico diferencial sin la ayuda de biopsia.** Es mucho decir, porque ni viendo y palpando la lesión en el acto operatorio puede a veces resolverse la cuestión y ha sido necesario el estudio histológico. Sin embargo, nuestra experiencia nos ha enseñado que la gastroscopia es procedimiento exploratorio de gran valor diagnóstico como complemento del estudio clínico y radiológico de los gastrópatas. En nuestro medio es ya práctica de rutina.

La prueba terapéutica mediante el control radiológico y endoscópico es de valor diagnóstico real, sobre todo si se recurre a esta última técnica de exploración. El ver desaparecer ante los ojos una úlcera por el reposo y los otros medios terapéuticos habituales, deberá hacer pensar en que la úlcera así curada fué benigna. Sin embargo, hay algunas objeciones que hacer y algunas reglas que seguir para que sean bien juzgados los resultados. No hay que confiar en las curas clínicas exclusivamente; la desaparición de los síntomas y la persistencia o crecimiento del nicho y aumento de tamaño de la lesión a la endoscopia, observadas después de tres semanas de cura, obliga a pensar en cáncer. La desaparición

de los síntomas clínicos, la disminución de tamaño del nicho y la mejoría del aspecto endoscópico permiten esperar; pero hay que seguir observando, ya que la persistencia del nicho y la ulceración, aunque mejorados, indican en muchos casos la malignidad; siendo esto explicable porque el régimen alimenticio adecuado, el reposo y la lucha contra el trauma alimenticio hacen regresar los fenómenos inflamatorios que se agregan a toda lesión carcinomatosa, a semejanza de lo que se observa en los cánceres del colon y del recto, cuando se excluye la porción afectada. La sola desaparición del nicho no debe ser juzgada como señal de curación, como se dijo antes, refiriéndonos a las observaciones de Meingot. En resumen, la prueba terapéutica debe hacerse durante cuatro o seis semanas, no más, y verificar sus resultados roentgenológicamente.

¿Cuál debe ser el criterio para plantear la indicación operatoria? A principios de este siglo, cuando surgió la teoría cancerígena de la úlcera péptica, el auge de la resección por úlcera gástrica fué la consecuencia; y ahora que la opinión a ese respecto está en el extremo opuesto debería, a primera vista, obligarnos a aconsejar la abstención. No debe ser juzgado este asunto en forma tan simple si tomamos en cuenta que el error de diagnóstico entre la úlcera péptica y el cáncer ulceriforme, o el ulcero-cáncer, como se le quiera llamar, es frecuente y que, por este motivo, toda ulceración situada en el estómago, no así las del duodeno, debe ser considerada potencialmente un cáncer. Como no hay manera de dar reglas generales y mucho menos absolutas para determinar la malignidad o benignidad de una lesión, es indispensable, pues, que cada enfermo gastrópata se estudie en particular a fondo, como dije antes, y el problema se decida de acuerdo con las circunstancias especiales de cada caso, fundando nuestra decisión en la existencia, en el sujeto a estudio, de uno, de varios o de todos los elementos que ya analizamos, que inclinan el diagnóstico hacia el cáncer o permiten una espera concienzuda. Debo hacer notar que sólo me refiero a las indicaciones operatorias circunscribiéndome al problema del ulcero-cáncer y que me abstengo de señalar las indicaciones quirúrgicas que corresponden a la úlcera péptica de estómago en general.

Las operaciones que se deben hacer en todo enfermo con ulcero-cáncer o sea con una úlcera sospechosa de ser cáncer desde el

principio, deben consistir en resecciones amplias, totales si es posible, extirpando los ganglios de la región coronaria y todos los regionales que se pueda; incluir el gran epiplón.

La terapéutica conservadora en las úlceras gástricas no se justifica más que en aquellos casos de enfermos que respondan francamente al tratamiento con las reglas antes señaladas; no sucede lo propio con las úlceras del duodeno en donde, salvo indicaciones precisas, está justificada la mayor espera.

En todo este escrito se han señalado los detalles para el diagnóstico del ulcero-cáncer y con ellos va aparejada la indicación operatoria.

Conclusiones

1a.—Debe entenderse en la actualidad por ulcero-cáncer una ulceración maligna de evolución lenta, pero cáncer desde el principio, tomando en cuenta la rareza de cancerización de las úlceras pépticas.

2a.—La revisión de la literatura conduce a considerar que la úlcera redonda del estómago no debe ser tomada como lesión precancerosa, ni predisponente para la aparición en el mismo sitio de un cáncer gástrico.

3a.—Mientras no se tenga un conocimiento completo de las causas predisponentes, determinantes y eficientes de la úlcera gástrica, por una parte, y por otra del cáncer, no podrá saberse con certidumbre la inter-relación que puedan tener ambos padecimientos.

4a.—La clínica sola y el laboratorio son insuficientes para hacer el diagnóstico de la enfermedad que nos ocupa. Es con el auxilio de la roentgenología y del estudio gastroscópico, repetidos en el mismo paciente, como se logra hacer en muchos casos el diagnóstico oportuno.

5a.—Las úlceras localizadas en las zonas sospechosas, en personas de más de 40 años con reciente sintomatología y que no respondan a la prueba terapéutica, deben extirparse.

6a.—Como el cáncer se desarrolla tan rara vez en una úlcera

gástrica, la extirpación con el solo criterio profiláctico no está generalmente indicada.

7a.—Las operaciones recomendables en caso de sospecha son las resecciones lo más amplias posible, con extirpación ganglionar y del epiplón mayor, con el mismo criterio que si se tratara de un cáncer comprobado. Es la forma de salvar o conservar la vida por más tiempo en los cánceres incipientes ulceriformes del estómago.