

EL CANCER DEL ESTOMAGO

ALGUNAS CONSIDERACIONES SOBRE SU DIAGNOSTICO  
Y TRATAMIENTO \*

DR. MANUEL QUIJANO N.

DR. GUIDO BELSASSO

DR. CARLOS RAMÍREZ R.

INTRODUCCIÓN

EN MÉXICO, según datos proporcionados por la Dirección de Estadística y la Secretaría de Salubridad y Asistencia Pública, cada año mueren 10,000 personas de cáncer y 1,000 de ellas tienen cáncer del estómago, lo que representa un caso por cada 38 mil habitantes. Este dato, por supuesto, es de tomarse con las debidas reservas ya que está tomado de los certificados de defunción de toda la República y éstos, en los centros de población alejados, no son llenados por médicos sino por las autoridades civiles; además, hay que considerar todos aquellos casos que fallecen anualmente y en que, por falta de estudios adecuados o de la necropsia correspondiente, no puede establecerse el diagnóstico de certeza. En otras naciones, como los Estados Unidos de Norteamérica, o Inglaterra, el cáncer gástrico es el responsable de la muerte de 40,000 personas cada año en una proporción de 1: 4,250 de la población total.

De todos los pacientes que acuden a consulta del Hospital de Enfermedades de la Nutrición, aproximadamente, 2,500 cada año, uno de cada 100 padece cáncer gástrico. Por supuesto no es posible, de esta ocurrencia, deducir la frecuencia en la población general, ya que se trata de un centro de concentración de enfermos del aparato digestivo. No obstante, estas cifras dan una idea aproximada de la importancia y magnitud del problema en nuestro medio.

\* Leído en la sesión ordinaria del 23 de septiembre de 1959.

Aun cuando el diagnóstico del padecimiento es en la mayor parte de las ocasiones tardío, ya que existe un "intervalo silencioso" en el que es imposible sospechar la enfermedad, y el pronóstico continúa siendo sombrío y no hay por el momento esperanzas de mejorarlo, nos parece que la revisión periódica del problema le da actualidad y puede inclusive proponer ocasionalmente medidas que mejoren, aunque sea en forma ligera, el porvenir de los enfermos.

### MATERIAL

Entre 30,000 enfermos que fueron vistos en el Hospital de Enfermedades de la Nutrición en 12 años de trabajo, se estableció el diagnóstico de carcinoma del estómago en 315, cifra en la que no se incluyen las lesiones malignas de origen mesenquimatoso. Se revisaron los expedientes de todos ellos, se estudiaron cuidadosamente la historia clínica y las notas de evolución y se examinaron los estudios radiológicos y las preparaciones histológicas microscópicas de la mayoría de ellos.

### ETIOLOGÍA

Entre 606 casos con lesiones de naturaleza maligna del aparato digestivo, el cáncer del estómago ocupó el primer lugar con más del 50%; en lugares secundarios quedaron las neoplasias del colon y de las vías biliares extrahepáticas. De los 315 enfermos, 180, es decir, 57.4%, fueron sometidos a alguna intervención quirúrgica. El paciente más joven tenía 25 años. El sexo masculino predominó en una relación de 1.7 a 1.

No fué posible encontrar ningún dato que sugiriera la existencia de factores etiológicos peculiares: ni factores ambientales, ni familiares o hereditarios, ni dietéticos (alimentos calientes o grasas sobrecalentadas), ni siquiera lesiones precancerosas. El 36% de nuestros enfermos tenía un grado variable de alcoholismo; en ninguno existía anemia perniciosa. En dos casos hubo coexistencia de pólipos gástricos con el carcinoma y en otro se halló la neoplasia maligna desarrollada sobre un pólipo. En 5 casos hubo coexistencia de carcinoma en gastritis atrófica. Por último, en el 15% de los casos la lesión estaba ulcerada y en 4 enfermos se consideró que el cáncer se injertó sobre una úlcera crónica.

Dadas las numerosas publicaciones que aseguran un aumento de la frecuencia de cáncer gástrico en individuos de grupo sanguíneo del tipo "A", se revisó tal característica en 180 casos pero el mayor porcentaje correspondió al tipo "O", 55.3%, sobre apenas un 33.5% de tipo "A". Esas cifras son casi exactas a las halladas en un grupo testigo de 1000 casos tomados al azar del Banco de Sangre del Hospital.

Una tercera parte de los enfermos fué estudiada en los primeros seis meses de su sintomatología, y en otra tercera parte el diagnóstico se estableció entre los 6 y los 12 meses de evolución. Fué curioso encontrar que de los 180 enfermos que fueron sometidos a una intervención, 96 tenían más de un año con molestias clínicas, y que de ellos el 46% pudo ser resecado, porcentaje exactamente igual al del grupo de enfermos con menos de un año de sintomatología.

#### MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Los síntomas más frecuentes fueron dolor, en el 91% de los casos y pérdida de peso en el 87%. El dolor no fué de tipo ulceroso; en poco más de la mitad de los pacientes que lo presentaron la pérdida de peso fué muy importante, más de 10 Kg., en la misma proporción de enfermos.

En orden de frecuencia, los síntomas que siguieron en importancia fueron los fenómenos dispépticos, la anorexia y los vómitos. En cambio los fenómenos hemorrágicos se presentaron en el 31% de los casos en forma de melena y en el 21% en forma de hematemesis. Hay que hacer constar, sin embargo, que la búsqueda de sangre oculta en las heces fué positiva en el 56% de casos en que se determinó. La exploración física no constituye una ayuda en el diagnóstico y los datos importantes que ocasionalmente aporta se refieren más al establecimiento del pronóstico: así, el hallazgo de ganglios metastáticos en las regiones supraclaviculares o el "signo del cajón" en la exploración rectal, que se encontraron en 17 pacientes. Otros datos de este tipo fueron el hígado nodular en 33 casos y una masa epigástrica palpable en el 24% del total (75 enfermos). Como se trata de enfermos generalmente adelgazados, y como el estroma del carcinoma gástrico ocasionalmente es muy grande, y se inflama e infecta con frecuencia, no es extraño que sea posible palpar una masa mal definida. Lo importante de esto es que en varios casos en que se palpó dicha tumoración, la resección gástrica y de los ganglios regionales pudo llevarse a cabo sin grandes dificultades. La conclusión útil es que no debe considerarse inoperable un paciente por el solo hecho de que se palpa una masa en el epigastrio.

Los exámenes de laboratorio que proporcionaron datos de interés fueron: la biometría que mostró anemia en el 80% de los casos, de tipo normocítico normocrómico en el 64% y de tipo hipocrómico en el 36%, sin que se hallara un solo caso de anemia macrocítica. Es más interesante relacionar el grado de anemia con lo avanzado del tumor a juzgar por la posibilidad de practicar la resección del estómago. En efecto, tratándose de la anemia hipocrómica sólo el 17% de los que pudieron ser resecados tenían un grado importante de anemia, mientras que dicho hallazgo se obtuvo en el 67% del grupo en el que sólo pudo hacerse una laparotomía exploradora. En tratándose, en cambio, de la anemia normocítica normocrómica no hubo diferencias sensibles en los tres grupos de

pacientes, aquellos a los que les hizo resección gástrica, los de operación paliativa y los de simple laparotomía exploradora. Es lógico suponer que la anemia hipocrómica indica, más que la normocítica normocrómica, sangrado de larga duración y, por lo tanto, los datos que acabamos de mencionar adquieren importancia pronóstica. En otras palabras, la anemia hipocrómica acentuada es dato de mal pronóstico.

El análisis del jugo gástrico dió datos anormales en 3/4 partes de los enfermos, pero no se encontraron diferencias significativas en los tres grupos tantas veces mencionados para tener implicaciones pronósticas. Lo mismo puede decirse de la determinación de las proteínas del plasma o de la sangre oculta en las heces fecales; las alteraciones en el nivel de albúminas y globulinas no pueden correlacionarse, en nuestro material, ni siquiera con la morbilidad o mortalidad operatorias.

#### EXÁMENES DE GABINETE

En 58 enfermos se hizo gastroscopía y en 46 peritoneoscopia. El primero de los exámenes endoscópicos corroboró el diagnóstico en el 60% de los enfermos; en el 36% el examen fué insatisfactorio o informado como negativo y en el 3% se inclinó en forma definitiva a lesión ulcerosa benigna. No obstante estos porcentajes, la gastroscopía tiene indicación en el diagnóstico diferencial entre úlcera benigna o maligna, pues aun cuando no aporte datos definitivos, es un factor más para tomarlo en cuenta en un momento de duda.

La utilidad de la peritoneoscopia es la de evitar una laparotomía exploradora que siempre es más grave, en los enfermos con metástasis inextirpables. Así, en el 39% de los casos en que se llevó a cabo, demostró metástasis hepáticas o peritoneales que no habían sido sospechadas clínicamente.

El examen citológico se practicó en un corto número de casos y no nos es posible deducir, por ello, conclusiones válidas.

El examen radiológico que como se sabe es el método diagnóstico más seguro, proporcionó datos afirmativos del diagnóstico en el 93% de los casos. Esta cifra es alta en comparación con la mayor parte de los informes de la literatura médica y debe abonarse en prestigio del Departamento de Radiología del Hospital de Enfermedades de la Nutrición. La explicación radica en la enorme experiencia que allí se tiene en los estudios de aparato digestivo y en el hecho de que no dudan los radiólogos en repetir una o dos veces un estudio no concluyente.

El estudio histopatológico demostró que el 62% de los tumores eran adenocarcinomas y sólo en el 38% carcinomas de otro tipo. Desde el punto de vista macroscópico, la mayor parte de los casos correspondió al tipo infiltrante y apenas en 16 ocasiones se encontró una neoplasia de tipo polipoide. Es digno

de consignarse que en 31 enfermos la neoplasia estaba ulcerada y en 4 de esos casos se consideró que correspondían a úlcera cancerificada. Como se sabe, este concepto está todavía sujeto a controversia; sin pretender participar en la discusión, se clasificaron esos cuatro casos como úlcera cancerizada porque llenaron los requisitos siguientes: *a)* demostración de tejido fibroso que sustituía a la capa muscular en una zona extensa de la base de la úlcera, con identificación de un proceso crónico, y *b)* cambios patognomónicos de cáncer en la mucosa y submucosa de uno de los bordes de la úlcera.

Entre 247 enfermos que fueron operados o se les practicó autopsia o peritoneoscopia, en los cuales naturalmente se comprobó el diagnóstico por datos anatómicos, 193, es decir el 78%, tenían metástasis en el momento de ser explorados. Esta cifra coincide con la informada por diversos autores extranjeros y demuestra, una vez más, la dificultad para establecer el diagnóstico, la existencia de la "etapa silenciosa" y el triste estado en que se encuentra todavía el tratamiento de este padecimiento.

#### TRATAMIENTO

Del grupo total de casos, 180 fueron sometidos a una o más intervenciones quirúrgicas siendo en total 192 operaciones.

En 42 pacientes sólo fué posible efectuar una laparotomía exploradora, a 58 se les practicó una operación paliativa y en 80 se extirpó la lesión y los territorios de drenaje linfático correspondientes. Como se ve, a sólo el 25% del total de enfermos se les pudo hacer una operación potencialmente curativa; pero al considerar estrictamente los casos en que la operación ofrece en forma real posibilidades de curación definitiva, es decir aquellos en los que no se encuentran metástasis ganglionares, o de otro tipo, al hacer la resección, el número desciende al 10% del total. Estas cifras son bajas comparadas con las de algunas clínicas del extranjero pero son semejantes a las observadas en prácticamente todos los hospitales de asistencia pública del mundo. Esto quiere decir que la oportunidad en el diagnóstico depende, cuando menos en parte, del nivel de cultura médica y de la prontitud con que los enfermos buscan atención profesional.

La operación de elección es la gastrectomía subtotal amplia con extirpación de los epiplones, los grupos ganglionares perigástricos y, cuando la lesión es del cuerpo del estómago, el bazo.

Esta operación tiene una mortalidad alta que en el grupo estudiado fué de 12.5%, seguramente no a causa de la gravedad de la intervención o a errores técnicos, sino como consecuencia de la labilidad de los pacientes. Esto queda demostrado al considerar que la sola laparotomía exploradora tuvo una mortalidad de 9.5% y que en el grupo de enfermos sometidos a cirugía paliativa la mortalidad se elevó al 17.2%. Estas cifras, por lo demás, son enteramente com-

parables a las obtenidas en otros centros hospitalarios. La causa de la muerte en un número relativamente corto de casos fué alguna complicación propiamente operatoria, como peritonitis por dehiscencia de las suturas, eventraciones o embolia pulmonar. Sin embargo, hubo varios casos en que ni con la autopsia se pudo hallar una explicación anatómica al fallecimiento.

Por último, no es posible, en este estudio, obtener ninguna conclusión válida en cuanto a los resultados a largo plazo del tratamiento ya que, por la misma incultura médica a la que antes hacíamos referencia, los enfermos no asisten con regularidad a sujetarse a revisiones periódicas y abandonan por completo el centro hospitalario en que se les atendió.

### RESUMEN

Entre 30,000 enfermos que fueron vistos en el Hospital de Enfermedades de la Nutrición en 12 años de trabajo, se estableció el diagnóstico de carcinoma del estómago en 315, sin tomar en cuenta las lesiones malignas de origen mesenquimatoso. Entre 606 casos con lesiones de naturaleza maligna del aparato digestivo, el cáncer del estómago ocupó el primer lugar con más del 50%.

De los 315 enfermos, 180, es decir el 57.4%, fueron sometidos a alguna intervención quirúrgica. En 42 pacientes sólo fué posible efectuar una laparotomía exploradora, a 58 se les practicó una operación paliativa y en 80 se extirpó la lesión con los territorios de drenaje linfático correspondientes. Como se ve, a sólo el 25% del total de enfermos se les pudo hacer una operación potencialmente curativa. Esta cifra es baja comparada con la de algunas clínicas del extranjero pero es semejante a la observada en todos los hospitales de asistencia pública del mundo. Esto quiere decir que la oportunidad en el diagnóstico depende, cuando menos en parte, del nivel de cultura médica y de la prontitud con que los enfermos buscan atención profesional.

Se hacen comparaciones en esos tres mismos grupos de enfermos, en lo que se refiere a su sintomatología, resultados de los exámenes de laboratorio, metástasis a los ganglios regionales y resultados terapéuticos inmediatos.

EL CANCER DEL ESTOMAGO

ALGUNAS CONSIDERACIONES SOBRE SU DIAGNOSTICO  
Y TRATAMIENTO

COMENTARIO AL TRABAJO DEL DR. MANUEL QUIJANO \*

DR. PEDRO RAMOS

HACE ALGÚN TIEMPO tuve la oportunidad de comentar en esta misma Academia, un trabajo del Dr. Eduardo Barroso que comprendía observaciones llevadas a cabo en el Hospital de Enfermedades de la Nutrición sobre las enfermedades del páncreas. Hice notar el cambio que han marcado la evolución del tiempo y la nueva expresión, tanto clínica como de investigación, en los establecimientos hospitalarios de México. Hoy tenemos una oportunidad parecida.

El Dr. Manuel Quijano nos presenta en este trabajo una revisión que comprende 12 años de labor en el Hospital de Enfermedades de la Nutrición. Sobre 30,000 expedientes se encontraron 315 casos de cáncer gástrico. Sin conocer el número de casos que hubiesen entrado en un tiempo parecido en el Hospital General de esta misma Ciudad, el Maestro Sr. Dr. Ayala González hizo una revisión semejante y encontró 188 casos en el año de 1954.

En el trabajo del Dr. Quijano podemos realzar ya un avance en lo que se refiere al hecho de contar con expedientes uniformes, llevados con iguales normas durante varios años en una misma Institución.

En aquella época el Sr. Dr. Ayala González expresaba en el Segundo Congreso Nacional de Gastroenterología celebrado en León, Gto., del 15 al 20 de marzo de 1954:

“Han variado los conceptos del tratamiento del cáncer del estómago, pero la realidad persiste, pues aunque se han logrado grandes progresos, se le puede seguir llamando el ‘invencible’ cáncer del estómago.”

\* Leído en la sesión ordinaria del 23 de septiembre de 1959.

Es el más frecuente de los cánceres ocultos y constituye uno de los más graves problemas de la cancerología.

Los cambios iniciales de la estructura de la mucosa gástrica no dan manifestaciones clínicas sino de una manera tardía, y el diagnóstico verdaderamente oportuno es, a mi manera de pensar, una utopía. La lenta transformación celular no da el llamado de alarma que pudiera poner sobre aviso al paciente y obligar al médico a una exploración minuciosa desde el punto de vista clínico, radiológico y gastroscópico.

El problema en sus líneas generales no ha variado, pero sin embargo, quiero notar en el trabajo del Dr. Quijano la minuciosa valoración de los aspectos clínicos y de gabinete.

El hecho de que al cáncer gástrico corresponda el 1.5% de los 30,000 casos comprobados y que suba hasta el 5.4% de las autopsias realizadas, indica la gravedad del pronóstico pues es seguro que la mayor parte de los casos no llegaron a la muerte dentro del establecimiento, y nos previene una vez más de la necesidad de llegar al diagnóstico en tiempo útil. En las cifras presentadas, la comprobación clínica es menor que la histológica porque la clínica continúa siendo el elemento de sospecha y el de certeza es la comprobación histológica.

Si hubiéramos querido fundar el diagnóstico en los solos datos clínicos no habría sido posible hacerlo, porque en la mayoría de los casos la pérdida de peso y los síntomas llamados triviales fueron los que condujeron al diagnóstico y son tan inespecíficos que igual podrían haberse encontrado en padecimientos gástricos o duodenales y, sin embargo, la neoplasia fué considerablemente más frecuente en el estómago que en otros sectores que también habrían podido producirlos. No hay sintomatología característica. Debemos insistir y enseñar en que la única esperanza de llegar a un diagnóstico útil es al examinar a los enfermos por síntomas de poca jerarquía. Los datos que proporcionan las neoplasias cercanas a los orificios son los más precoces y, a menudo, se presentan en neoplasias muy avanzadas cuando invaden el píloro o el cardias, por tal razón las acedías pueden representar uno de los mejores datos de sospecha por denunciar la retención en las primeras etapas del síndrome pilórico. Entre los datos consignados se recuerda una vez más la frecuencia de la anemia, anaclorhidria e hipoproteinemia, pero continúa siendo la radiología el método que da mejores resultados y más concluyentes indicios.

Para terminar, quiero hacer notar un punto en particular, entre la revisión practicada por el maestro Ayala, a la cual me he referido, y la que hoy comentamos; existen algunas diferencias en lo que se refiere a operaciones paliativas exploratorias y gastrectomías. En la revisión practicada en 1954, las operaciones exploradoras y las paliativas fueron mayoría. Entre 188 casos el 79%, o sean

111, fueron operados, y de éstos tan sólo en 21 casos, el 11% del número total, se pudo practicar la gastrectomía.

En la revisión del Dr. Quijano sobre 315 casos, 180 fueron operados, o sea en número menor, pero, en cambio, se pudo practicar resección en el 44%, cirugía paliativa en el 32.2% y exploratoria en el 23.3%. En contra de la primera de la serie del Dr. Ayala en que se practicó gastrectomía tan sólo en 18.9%, paliativa en 33.3% y exploratoria en 47.7%. La diferencia de clientela, pero principalmente la costumbres de investigar mejor los trastornos mínimos y sobre todo la organización hospitalaria, son responsables de la mejoría quirúrgica. No quiero dejar pasar la ocasión sin felicitar al Dr. Manuel Quijano, quien escogió como tema una enfermedad en la cual no puede haber todavía éxitos, ni jactarse de revolucionar la terapéutica, pero la estadística que nos presenta respecto de las posibilidades quirúrgicas es importante, en vista de que en la actualidad la cirugía es el único tratamiento posible.