

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 por ciento 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 es⁸ 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.

ELOGIO DEL DR. EMILIO VARELA *

DR. MARIO A. TORROELLA

EL 7 DE FEBRERO de 1960 cumpliría 80 años el niño que nació en Pachuca y llevó por nombre Emilio Varela.

Formado bajo la dirección de don Ulises Valdés y con la influencia de don Ramón Macías y don Regino González, el joven Emilio entró en el ejercicio profesional el 22 de febrero de 1907.

Hizo sus primeras armas como médico en el Hospital Morelos, al dedicarse primero a la venereología y luego a la anestesia con el Dr. Rosendo Amor que fué el iniciador de la intrarraquídea en México, trabajó en esta práctica y luego se especializó en anestias regionales y locales hasta alcanzar en todas una verdadera perfección; y fué tal su dedicación y eficiencia en ellas, que en unas líneas que me dirigió Benjamín Bandera cuya idoneidad y experiencia lo colocan a la cabeza de los anestistas de México, dice refiriéndose a Varela: "Desde el principio de su carrera tuvo dedicación y habilidad para la aplicación de los anestésicos generales, en una época en que nadie tomaba como especialidad a la anestesia.

"En nuestro concepto es el primer médico que comprendió la importancia de esta materia a la que le dedicó tiempo y esfuerzo y tuvo la satisfacción de que cirujanos de primera línea en aquella época, como los Dres. Regino González y Ulises Valdés, le confiaran la anestesia en sus pacientes.

Fué miembro fundador y primer presidente de la Sociedad de Anestistas de México y cuando se retiró de esta actividad quedó como socio nominal hasta su fallecimiento.

Otra de sus actividades fué la preparación de enfermeras eficientes. La enseñanza de la enfermería la inició en el propio Hospital Morelos; luego a iniciativa suya se fundó la Escuela de Enfermeras de la Cruz Roja, cuando don

* Leído en la sesión del 7 de octubre de 1959.

Julián Villarreal era Director de dicha Institución. Fundó y desempeñó esta cátedra en "La Union de Femmes de France" y también tuvo a su cargo esta clase en la Escuela Nacional de Medicina.

Mi primer encuentro con el Dr. Varela fué en mi examen de terapéutica médica, formaba parte del jurado y fué el examinador que me interrogó.

De ahí partió la amistad con que me distinguió después.

Algunas veces, en sus conversaciones me hablaba de los problemas con que se tropezaba en la vida de médico y de los que él no se vió exento.

Fundó un sanatorio ubicado en la calle de Mina, en el que trabajó don Rosendo Amor.

La ejemplar esposa del Dr. Varela mucho le ayudó en esa casa; pero cuando se es más filántropo que fenicio estas cosas no producen y se hunden.

Por el año 1922 se incorporó al servicio del maestro Amor y fué un magnífico colaborador suyo.

Su labor como académico voy a sintetizarla en unas cuantas líneas: Los que lo propusieron para ingresar fueron los doctores Gonzalo Castañeda, Everardo Landa, Tomás Perrín, Luis Trocones Alcalá y Alfonso Pruneda. Ingresó a la Academia el 8 de marzo de 1933 para ocupar el sillón de obstetricia, por unanimidad de votos, tocándome la buena suerte de darle a conocer esta aceptación, por ser entonces, el que esto escribe, secretario anual de la corporación.

Sus aportaciones fueron entre otras: en 1936, un trabajo sobre "Inyecciones de leche yodada en padecimientos del aparato genital femenino" y "Algunas consideraciones sobre partos y puerperios normales".

En 1937 sustituyó al Dr. Eliseo Ramírez mientras éste hizo un viaje al extranjero, en la elaboración del proyecto de la supresión de la reglamentación de la prostitución.

En 1939, "Flebitis y Novarsurol".

1941. "Reflexiones de práctica obstétrica".

1941. Notas bibliográficas sobre el libro del Dr. Juan León, de Buenos Aires: "Analgesia obstétrica y sueño crepuscular barbitúrico en el Parto".

1942. Nuevos conceptos de la nutrición deficiente durante el embarazo.

1943. Hipogalactia y Vitamina B₁.

1946. La vacuna antirrábica. Su introducción en México.

1948. Un nuevo signo en obstetricia.

1958. Solicitó el 22 de septiembre pasar a la categoría de titular. El 22 de octubre se le aceptó su solicitud en vista de los nobles conceptos en ella contenidos.

Profundamente católico no tuvo nunca eso que, por eufemismo, se designa con el nombre de respeto humano y que en rigor no es más que cobardía para ocultar nuestro credo íntimo; para ocultarlo simplemente por tonta vergüenza,

o sacar jugo de ciertas situaciones porque los que están arriba piensen, sientan y se conduzcan de modo distinto y chocarían a veces con nuestras ideas.

El no hacía alarde, pero cuando venía al caso, jamás ocultó sus profundas convicciones religiosas y la práctica de ellas.

Al fin cayó después de una penosa y larga enfermedad y aquí voy a tocar un punto que deseo poner en consideración de la Academia.

Su permanencia en el Gastón Melo, era ya insostenible desde el punto de vista económico y dispuesto a abandonar por esa causa el pabellón, una orden oportuna y generosa del Dr. Castro Villagrana, hizo posible que siguiera allí hasta su muerte.

El llamado que hago a la Academia es que se estudie cómo se puede dulcificar y hacer que llegue un médico, cuyos recursos sean moderados o no existan, a expirar de un modo decoroso.

Este caso concreto, nos puso de manifiesto el espíritu noble y bien conocido del Dr. Castro, siempre dispuesto para ayudar cariñosamente a los médicos; pero esto no debe ser sólo la manifestación bondadosa de un buen compañero, sino que se vea en qué forma puede quedar establecido que eso sea un derecho.

Hace algunos años en una revista médica apareció un "testamento" de un pobre doctor que pintó el trágico panorama de sus últimos días; pobre, miserable, tratado despectivamente por enfermeras y el cuerpo administrativo del establecimiento, donde entre dolores físicos y desengaños, encontró la paz en la muerte.

Había un proverbio de los griegos que decía: "Sé bueno y generoso con los extranjeros, piensa que un día tú podrás serlo." Haciendo una paráfrasis podemos decir que lo que han sufrido en los hospitales, médicos conocidos nuestros, algún día podríamos sufrirlo nosotros. Ojalá el recuerdo de Emilio Varela sirva para que después de muerto contribuya a proporcionar el modo, de quienes estén en condiciones análogas, de morir tranquilos y llevar esa amargura menos al fin de la vida.

Descanse en paz el maestro querido.

EL CARCINOMA DEL COLON Y RECTO EN MEXICO *

CONSIDERACIONES SOBRE EL DIAGNOSTICO OPORTUNO

DR. ROBERTO HERNÁNDEZ DE LA PORTILLA

INTRODUCCIÓN

AL ANALIZAR el problema general del carcinoma del colon y recto en nuestro medio noté, al comparar algunas estadísticas nuestras con otras extranjeras, que aparte de ser relativamente escasa la frecuencia de dicho padecimiento en nuestro País, nuestros índices de operabilidad son más bajos y los de mortalidad más altos que los de otros autores.^{1, 2, 3} Por tales razones se llevó a cabo un estudio minucioso de los pacientes con estas neoplasias atendidos en el Hospital de Enfermedades de la Nutrición; y se compararon los resultados con los obtenidos en otras instituciones.

La parte del tema que hoy presento se refiere fundamentalmente a los estudios clínicos, de laboratorio, radiológicos y endoscópicos de los enfermos con carcinoma de colon y recto, que permiten valorar cuáles son los problemas con que se tropieza en nuestro medio para lograr establecer su diagnóstico con mayor oportunidad. Antes de entrar en materia quiero dejar perfectamente bien aclarado que en este trabajo no me referiré al aspecto relacionado con el tratamiento quirúrgico.

El material de este trabajo corresponde a 95 casos de carcinoma de colon y recto estudiados en el Hospital, de 1946 a 1958. La frecuencia de este padecimiento en relación al número total de enfermos atendidos en la Institución, fué de 0.29%. Esta frecuencia fué considerada como superior a la real, ya que en dicho hospital existe concentración de enfermos del aparato digestivo. Se comparó esta frecuencia con los hallazgos obtenidos por el Dr. Matute en el

* Trabajo de ingreso, leído en la sesión ordinaria del 23 de septiembre de 1959.

Sanatorio Español de México, que es considerado como hospital de tipo general y se observó que ahí la frecuencia fué más baja, 0.08%. También se comparó la frecuencia con estadísticas norteamericanas y de otros países ^{5, 6, 7} y se llegó a la conclusión de que en nuestro medio el carcinoma del colon y del recto es menos frecuente.

En los enfermos de nuestra serie se encontró que casi la mitad de ellos tenían carcinoma de recto, le siguió en frecuencia el del sigmoides y luego el del ciego.

La forma polipoide fué más frecuente que la ulcerada y que la estenosante. La más rara fué la infiltrante.

El examen histológico reveló que el adenocarcinoma fué la variedad que predominó (las 4/5 partes). En el 68% de los casos hubo metástasis, siendo las vías linfáticas y por contigüidad las más frecuentes.

En el análisis de los probables factores predisponentes se halló que el factor hereditario jugó poca influencia y otro tanto se puede decir de la coexistencia de pólipos y de colitis ulcerosa crónica inespecífica.

CARACTERES CLÍNICOS GENERALES

a) Edad (ver cuadro 1). En la sexta década de la vida el carcinoma apareció con frecuencia mayor, casi la tercera parte de los casos. Sólo hubo 2 enfermos menores de 20 años, el más joven tenía 18 años de edad; la edad máxima fué de un paciente de 81 y la promedio de 54.4 años.

CUADRO 1

Distribución por edades de los pacientes con carcinoma de colon y recto

<i>Edades</i>	<i>Hospital Enf. Nut. (95 casos)</i>	<i>Cook County Hosp. (461 casos)</i>
De 10 a 20 años	2.1%	1.9%
„ 21 „ 30 „	5.2%	4.3%
„ 31 „ 40 „	7.3%	14.9%
„ 41 „ 50 „	21%	21%
„ 51 „ 60 „	29.5%	32.5%
„ 61 „ 70 „	23%	23%
„ 71 „ 80 „	10.5%	4.7%
„ 81 „ 90 „	1%	0%

Se comparó la distribución por edades con estadísticas de otros países^{7, 8} y los resultados fueron similares.

b) Sexo. El carcinoma predominó entre los enfermos del sexo femenino (53% por 47%). Esto se debe, probablemente, a que en el Hospital de Enfermedades de la Nutrición se atiende mayor número de mujeres que de hombres.

c) En nuestros enfermos, el tiempo promedio entre la época de aparición de los síntomas y la fecha en que se hizo el diagnóstico de carcinoma fué de 10.6 meses. Las cifras extremas fueron entre 15 días y tres años. Se comparó la frecuencia con que se hace el diagnóstico oportuno de carcinoma con lo que sucede en el hospital Cook County de Chicago. Y se obtuvo el dato de que en nuestro medio el diagnóstico se hace con menor frecuencia a los 3 primeros meses después de haberse iniciado la sintomatología.

CUADRO 2

Cáncer de colon y recto. Tiempo de evolución aparente hasta que se estableció el diagnóstico

<i>Tiempo de evolución</i>	<i>H o s p i t a l e s</i>	
	<i>H. E. N.</i>	<i>Cook County Hosp.</i>
Menos de 3 meses	15%	30%
de 2 a 6 meses	22%	25%
de 6 a 12 meses	34%	25.8%
de 1 a 2 años	20%	12%
de 2 a 3 años	5%	4%
No apreciado	2%	—

Si comparamos el promedio de meses de evolución del padecimiento, hasta que se hizo el diagnóstico, encontramos que en nuestro medio fué casi el doble de lo que sucede en Estados Unidos⁸ y en Inglaterra⁷ (10.6 meses por 5.6 meses).

Síntomas y Signos. En primer término, se describirán, en forma general, el cuadro clínico del carcinoma de colon y recto y a continuación se hará la descripción sintomática, en forma comparativa, entre la del carcinoma rectal, la del colon izquierdo y la del derecho con objeto de valorar sus semejanzas y diferencias.

Con objeto de darle mayor unidad a la descripción sintomática se relatan en primer lugar, los síntomas que pueden corresponder al aparato digestivo y después se analizan los síntomas generales de otros aparatos y sistemas.

La evacuación de sangre macroscópica fué uno de los síntomas más frecuentes, ya que las 4/5 partes de los enfermos la manifestaron; la mayoría llegó a tener enterorragias de intensidad variable. Algunos enfermos tuvieron melena franca. La pérdida de sangre macroscópica fué más frecuente cuando el carcinoma se hallaba más cerca del extremo distante del intestino grueso y llegó a ser hasta del 91% cuando el tumor radicaba en el recto. Considero que este dato es muy importante y debe ser tenido muy en cuenta para establecer el diagnóstico oportuno del carcinoma del recto, ya que esta región es muy accesible a ser explorada correctamente, tanto en el consultorio como en la cama del enfermo.

CUADRO 3

Frecuencia de los Síntomas y Signos en orden decreciente, del carcinoma de colon y recto, estudiados en 95 enfermos

<i>Síntomas y Signos</i>	<i>%</i>
Reducción del peso corporal	94%
Evacuaciones con sangre (macroscópica)	80%
Dolor Abdominal	71%
Anemia	70%
Diarrea	66%
Astenia	64%
"Síntomas Rectales"	55%
Anorexia	54%
Meteorismo	45%
Constipación	41%
Dolor Abdominal a la palpación	41%
Tumor Rectal, palpable	37%
Fiebre	37%
Tumor abdominal palpable	34%

El sangrado microscópico se logró comprobar en el 60% de los casos. Este dato aparentemente sería incongruente con el dato del sangrado macroscópico que reveló cifras superiores. Lo que sucedió es que el valorar la frecuencia del hallazgo positivo de sangre oculta en las heces, tan sólo se hizo a la llegada del enfermo al hospital y no durante toda la evolución del padecimiento, como se hizo con el sangrado macroscópico.

El dolor abdominal es también un síntoma importante, sobre todo en aquel grupo de enfermos en que el carcinoma se encontraba en el colon derecho; en este grupo apareció en el 91% de los casos, y en cambio fué menos fre-

cuenta cuando el tumor radicó en el recto (51%). Otro aspecto importante del dolor es que fué uno de los síntomas más precoces en aparecer. Es conveniente aclarar que el dolor no tiene caracteres especiales, salvo en aquellos casos en que fué provocado por crisis suboclusivas. La intensidad fué variable, desde "dolor sordo", poco molesto, hasta llegar a ser intenso; en ocasiones el dolor no tenía ritmo con los procesos digestivos, pero en otras se presentaba con la ingestión de alimentos y otras veces se calmaba con la defecación o la expulsión de gases en caso de tumores del colon, ya que cuando el carcinoma estaba en recto el dolor aumentaba con la defecación.

La distribución topográfica del dolor en el abdomen no guardó relación en todos los casos con el sitio de implantación del carcinoma en el colon, ya que en ocasiones, no poco frecuentes, el dolor se manifestaba en el hemiabdomen derecho cuando el tumor se hallaba en el colon izquierdo. Esto puede ser explicado por la distensión que se provoca en el colon en aquellos segmentos anteriores al sitio de implantación del tumor.

En otras ocasiones, el dolor fué abdominal difuso y, a veces, fué referido a regiones situadas fuera del abdomen propiamente dicho, como la región ano-rectal o sacrocóxigea; en estos casos el tumor estuvo localizado en el recto o en la región rectosigmoidea. Otros síntomas también importantes, aunque un poco menos frecuentes que los anteriores, fueron los cambios del llamado "hábito intestinal", éstos aparecieron aproximadamente en la mitad de los casos; la diarrea fué un poco más frecuente que la constipación y ésta fué más acentuada y más frecuente cuando el carcinoma se hallaba en el colon izquierdo.

Las crisis suboclusivas aparecieron con una frecuencia menor (15%); en 8 enfermos de cierta gravedad, y en dos hubo necesidad de efectuar tratamiento quirúrgico de urgencia. En todos estos pacientes, salvo en uno, el tumor se hallaba en el colon izquierdo. El meteorismo fué más intenso y más frecuente cuando el tumor se hallaba en el colon izquierdo.

Síndrome disenteriforme. Es casi ocioso mencionar que este síndrome es propio de los padecimientos rectosigmoideos y a primera vista se presta a confusión con cualquier padecimiento inflamatorio de esta zona, sobre todo la amibiasis, padecimiento frecuente en nuestro medio.

En los enfermos de nuestra serie, en los que el tumor se hallaba en el recto o recto sigmoides, el síndrome disenteriforme apareció con una frecuencia digna de tomarse en cuenta (42%). De lo anterior se deduce la importancia de investigar sistemáticamente con todos los medios exploratorios la causa de este síndrome. Si esto se efectuara en forma rutinaria, muy posiblemente se haría un diagnóstico más oportuno del carcinoma de la zona antes mencionada.

Tumor palpable. Aproximadamente en la tercera parte de todos los casos se logró tocar la tumoración a través de la pared abdominal y de éstos, la mayor parte correspondió a los de colon derecho, probablemente porque este segmento

del colon es más anterior, circunstancia que facilita su palpación (y porque la luz de este segmento es más amplia, lo que indirectamente hace que el tumor al crecer más, lo haga sin producir sintomatología más aparatosa, sobre todo de tipo suboclusivo). El palpar una masa abdominal orienta fácilmente al clínico a sospechar neoplasia, sin embargo, considero que este hecho aunque útil, desgraciadamente habla poco en favor del diagnóstico oportuno. En cambio, en los casos de carcinoma del recto, la interpretación que se da es diferente, ya que el tacto rectal practicado rutinariamente sí puede permitir que se aprecie el tumor y se establezca el diagnóstico en forma oportuna. En los enfermos de nuestra serie, con carcinoma rectal o rectosigmoideo, se palpó el tumor en casi el 90% de los casos. Este hallazgo tan frecuente, nos indica por sí mismo la utilidad de dicho procedimiento exploratorio.

Entre los síntomas del aparato digestivo encontré que casi la tercera parte de los enfermos manifestaron síntomas de tipo dispéptico, de preferencia náusea y vómitos, estos últimos independientes de aquel grupo de enfermos que tuvo manifestaciones suboclusivas. Se hizo mención de estos síntomas porque es importante tener en cuenta que pacientes con carcinoma de colon tengan algunos síntomas de tipo gástrico.

Síntomas que revelaron ataque al estado general. De acuerdo con la frecuencia con que fueron registrados se agruparon, en orden decreciente en el siguiente cuadro:

CUADRO 4

Frecuencia de los síntomas y signos que revelaron ataque al estado general

Reducción del peso corporal	94%
Anemia	70%
Astenia	64%
Anorexia	54%
Fiebre	36%

Es obvio mencionar que la aparición de síntomas generales presta gran ayuda para sospechar el carcinoma, sin embargo, considero que no se debe esperar a que aparezcan estos síntomas para pensar en carcinoma de colon o de recto al momento de plantear el problema del diagnóstico oportuno de dicha afección.

Debe dársele cierta importancia a la fiebre, en parte porque apareció con una frecuencia digna de tomarse en cuenta: la tercera parte de los casos, y en parte, porque tratándose de enfermos con carcinoma, en ocasiones la fiebre puede desorientar al clínico y hacerle pensar en un proceso infeccioso, lo que hace transcurrir un tiempo útil para hacer el diagnóstico de carcinoma. En otras

palabras, lo que se trata de enfatizar es que el cáncer del colon y recto también puede evolucionar con fiebre.

Con objeto de valorar las semejanzas y las diferencias del carcinoma del colon derecho, del colon izquierdo y del recto se enumeran en forma comparativa sus síntomas y signos más frecuentes:

CUADRO 5

Cuadro comparativo porcentual de los síntomas y signos más frecuentes entre el cáncer del colon derecho, colon izquierdo y recto

<i>Síntomas y signos</i>	<i>Colon Derecho (24 casos) %</i>	<i>Colon Izquierdo (26 casos) %</i>	<i>Recto (45 casos) %</i>
Dolor abdominal	91	88	51
Sangrado macroscópico	60	80	91
Diarrea	65	46	68
Constipación	34	53	42
Meteorismo	47	57	37
Crisis suboclusivas	0	19	6
Heces acintadas	0	19	26
Vómitos	30	23	6
Pérdida de peso	100	96	91
Astenia	82	65	48
Anorexia	73	57	42
Anemia	82	76	62
Tumor abdominal palpable	66	42	11
Tumor rectal palpable	0	0	87
Síndrome disintérico	0	0	42

Del cuadro anterior se deduce que cuando el carcinoma radicó en el colon derecho, los síntomas y signos que mostraron frecuencia predominante fueron:

Dolor abdominal.
Pérdida de peso.
Astenia.
Anorexia.
Anemia.

Tumor abdominal palpable.
Diarrea.
Vómitos.

Cuando el carcinoma radicó en el colon izquierdo los síntomas predominantes fueron:

Dolor abdominal.
Constipación.
Meteorismo.
Crisis suboclusivas.

Cuando el carcinoma estuvo ubicado en el recto los síntomas y signos predominantes fueron:

Sangrado macroscópico.
Tumor rectal palpable.
Diarrea.
Heces acintadas.
Síndrome disenteriforme.

Aunque resulte obvia la aclaración, debe mencionarse que la frecuencia predominante se consideró como relativa, es decir no absoluta, ya que la mayor parte de los síntomas apareció en los tres grupos, sólo que en mayor o en menor proporción.

Exámenes de Laboratorio y Gabinete

En forma resumida se describen los hallazgos positivos:

Hubo anemia en el 68% de los casos, de los cuales casi en la mitad fué de tipo normocítico normocrómico y en el resto fué hipocrómica. Tanto la intensidad como la frecuencia de la anemia fueron mayores cuando el carcinoma radicaba en el colon derecho.

La sangre oculta en las heces se apreció en las dos terceras partes de los casos.

Se advirtió leucocitosis en el 34% de los casos. Es importante hacer un pequeño comentario sobre este hallazgo, porque la leucocitosis junto con la fiebre ya mencionada anteriormente, pueden desorientar al clínico y lo hacen pensar, como primera posibilidad, en un proceso infeccioso; sin embargo, resulta conveniente tener en cuenta el hecho de que haya leucocitosis y fiebre en la tercera parte de los enfermos con carcinoma de colon o recto a la hora de plantear el diagnóstico diferencial.

Hallazgo de Amiba histolítica en las heces. En nuestra serie, en un enfermo de cada diez, se encontró amiba histolítica; y en muchos de estos pacientes se observaron síntomas muy sugestivos de corresponder a disentería de tipo amibiano. Inclusive en tres de ellos que tenían el trofozoito se llegó a discutir, en el diagnóstico diferencial, la posibilidad de que las alteraciones radiológicas del colon por medio de enema pudieran corresponder a granuloma amibiano; pero se creyó que era más útil para estos enfermos ofrecerles el beneficio de la duda, por lo que se indicó la conveniencia de practicar laparatomía exploradora, comprobándose así el diagnóstico de carcinoma del colon izquierdo. En relación con el problema del diagnóstico diferencial entre granuloma amibiano y carcinoma, puede decirse que hay circunstancias que lo complican todavía más, ya que se han descrito casos en los cuales sobre un carcinoma de colon, se han sobreañadido lesiones amibianas.⁹

Exámenes especiales: Endoscopia y Radiología

a) Endoscopia. El estudio rectosigmoidoscópico proporcionó, como era de esperarse, resultados muy útiles para establecer o comprobar el diagnóstico del carcinoma rectal o de la porción inferior del sigmoides. Dicho estudio logró comprobar el diagnóstico de carcinoma en todos los enfermos donde hubo tumor rectal o rectosigmoideo. Desgraciadamente predominó el número de casos donde el carcinoma ya había invadido la mitad de la circunferencia del recto, lo que indicó, de acuerdo con la opinión de Mills,¹³ que el proceso ya se encontraba avanzado y que tenía por lo menos un año de evolución. De estos hallazgos en nuestros enfermos podemos deducir, aunque sea en forma indirecta, que en nuestro medio el estudio rectosigmoidoscópico todavía no se ha extendido lo suficiente entre los médicos generales, circunstancia deplorable, ya que es un medio exploratorio muy útil para establecer el diagnóstico oportuno del carcinoma del recto y de la porción inferior del sigmoides.

b) Exploración radiológica del colon por medio de enema y con doble contraste. Es conveniente aclarar que la codificación de los hallazgos radiológicos se aplicó sólo a aquel grupo de pacientes con carcinoma del colon derecho, del izquierdo y de la unión rectosigmoidea, y se excluyó al grupo de enfermos con carcinoma del recto, ya que este último segmento es poco adecuado para la demostración de las alteraciones radiológicas producidas por el carcinoma.

En un trabajo preliminar sobre carcinoma de colon¹⁰ mencionaba que el estudio radiológico del colon había sido de gran utilidad para establecer el diagnóstico; en esta nueva comunicación se vuelve a mencionar que cuando dicho estudio fué efectuado en forma satisfactoria, prácticamente en la totalidad de los casos sirvió de base para la sospecha de carcinoma.

El signo radiológico observado con mayor frecuencia fué el defecto de llenado y le siguió la estrechez anular. La obstrucción al paso de medio de contraste fué la que apareció con frecuencia menor.

COMENTARIO

1º Como se dijo al principio del trabajo, la frecuencia del carcinoma del colon y del recto en nuestro medio puede ser considerada como baja, en comparación con los datos estadísticos publicados por autores norteamericanos. La frecuencia registrada en el Hospital de Enfermedades de la Nutrición, fué un poco más elevada de lo que en realidad sucede en el medio mexicano, ya que en ese hospital existe concentración de enfermos del aparato digestivo. Por tanto, se compararon el material de enfermos comprendido en esta comunicación, con los datos obtenidos por el Dr. Angel Matute en el Sanatorio Español de México. Nosotros encontramos una frecuencia de 0.29% y en la estadística del Dr. Matute fué 0.08%. Debe aclararse que la cifra del Sanatorio Español revela una frecuencia más representativa de lo que sucede, por lo menos, en el Distrito Federal, ya que dicho centro hospitalario puede ser considerado como un hospital de tipo general y no de especialización como es el de Enfermedades de la Nutrición. También se quiso comparar nuestra estadística con las del Hospital General de México, lo que desgraciadamente no se pudo llevar a cabo, ya que el material de ese centro hospitalario es de casos de autopsias y el nuestro se refiere fundamentalmente a enfermos operados. Sin embargo, si comparamos las estadísticas de los casos de autopsias del Hospital General¹¹ con estudios similares de otros hospitales extranjeros, también salta a la vista que el carcinoma de colon y de recto fué inferior en el Hospital General de México, ya que el 2.3% correspondió a enfermos de cáncer de colon y recto, a diferencia del 10.5% publicado por Homburger.¹²

2º Por lo que respecta al tiempo promedio transcurrido entre la iniciación de los síntomas y el establecimiento del diagnóstico en nuestro medio, fué casi el doble de lo que sucede en Estados Unidos e Inglaterra. Es de creerse que este retardo se debe en gran parte a:

- a) Factores económicos, sociales y culturales de nuestros enfermos, circunstancias que los inducen a no consultar al facultativo en forma temprana.
- b) La falta de medios de diagnóstico adecuados en nuestro País; digo esto porque los enfermos que se atienden en el Hospital de Enfermedades de la Nutrición, vienen de todas partes de la República.
- c) Otro factor importante es la parasitosis intestinal, sobre todo la amebiasis, padecimiento frecuente en nuestro medio. Este padecimiento podría desviar la atención de los médicos.

d) La falta de cuidado por parte de los médicos, en no estudiar en forma completa a este tipo de enfermos sobre todo en los que han sobrepasado la tercera década de la vida.

Esta pérdida de tiempo para establecer el diagnóstico oportuno de carcinoma, trae como consecuencia que los enfermos llegan en una etapa más avanzada de su padecimiento, con metástasis más frecuentes y con mayor ataque al estado general, circunstancias que disminuyen el índice de operabilidad y de reseccabilidad y aumentan el de mortalidad.

3º Por todos estos factores, creo que el diagnóstico oportuno del carcinoma de colon o recto debe sospecharse sobre bases clínicas y confirmarse por el estudio radiológico, o endoscópico, según el sitio del tumor. Para esto hay que tener en cuenta que en el cuadro clínico del carcinoma del colon o del recto existen síntomas que podrían orientar a sospechar en un proceso maligno, antes de que exista franco ataque al estado general.

Creo que para ayudar al diagnóstico oportuno también debe tenerse en cuenta el síntoma "dolor abdominal". Este síntoma no es específico del carcinoma del colon, pero fue el que apareció en forma más precoz, inclusive antes que la diarrea o la constipación; asimismo, también debe tenerse en cuenta la pérdida de sangre macroscópica o microscópica. Si en estos enfermos se lograra efectuar estudios radiológicos de colon por medio de enema antes de que aparecieran los síntomas y signos de ataque al estado general, probablemente se podría establecer el diagnóstico en forma más oportuna. También debe tenerse en cuenta la aparición del síndrome disenteriforme, ya que éste se presenta en más del 40% de los enfermos con carcinoma rectal o del rectosigmoides. A su vez, si en este tipo de enfermos con síndrome disenteriforme *se hicieran rutinariamente tacto rectal y rectosigmoidoscopia*, se lograría también establecer el diagnóstico de carcinoma en forma más oportuna.

4º Puede aseverarse que el estudio endoscópico llevado a cabo por manos expertas, es capaz de hacer el diagnóstico de carcinoma del rectosigmoides prácticamente en el ciento por ciento de los casos; a mayor abundamiento, dicho estudio tiene la enorme ventaja de que permite tomar fragmentos de mucosa para biopsia lo que inclusive sirve para diagnosticar lesiones precancerosas. El estudio rectosigmoidoscópico es asimismo útil para establecer el diagnóstico diferencial entre la amibiasis y el carcinoma de esta región, cuando hay síndrome disenteriforme. Vuelvo a insistir en este aspecto ya que no es infrecuente observar este tipo de sintomatología en pacientes con carcinoma del recto y del sigmoides que han sido tratados como si fueran enfermos amibianos.

5º Por lo que respecta a los datos radiológicos obtenidos en el estudio del colon por medio de enema o con doble medio de contraste, cabe mencionar que quizá por este estudio, cuando es efectuado por gente experimentada y en enfermos bien preparados, se ayuda a sospechar el carcinoma de colon en casi

la totalidad de los casos, aunque debe tenerse en cuenta que la morfología radiológica no determina la naturaleza histopatológica de la lesión. Por lo que respecta a esta última aseveración, considero que es imposible hacer el diagnóstico diferencial, radiológicamente, entre el granuloma amibiano y el carcinoma de colon, por lo que, cuando se presente este problema diagnóstico es de aconsejar se recurra a la laparatomía exploradora, previa preparación del paciente, y llevar a cabo el tratamiento quirúrgico indicado en cada caso particular. Cuando existen lesiones tuberculosas del ciego, además del estudio del colon por medio de enema, resulta útil observar el tránsito intestinal para estudiar en mejor forma la región ileocecal, ya que en casos de tuberculosis del ciego es frecuente que también esté afectado el íleon. Este diagnóstico se complementará con el estudio radiológico del tórax a fin de investigar la existencia de tuberculosis pulmonar, dato que cuando es positivo, ayuda a establecer un diagnóstico más preciso.

Finalmente, también se deben tener presentes dos hechos importantes:

a) Si un examen radiológico del colon suministra resultados dudosos, tal estudio tendrá que ser repetido.

b) Cuando el ataque al estado general sugiera la existencia de procesos neoplásicos, un examen de colon bien hecho y con resultados negativos permite descartar su localización en este órgano, pero si además hay síntomas colónicos, la negatividad del examen radiológico obliga a reexaminar al enfermo. En resumen, se puede concluir que el estudio radiológico del colon por medio de enema es el mejor procedimiento de diagnóstico de carcinoma del colon y viene a completar a la rectosigmoidoscopia en el estudio de los enfermos con cáncer en el rectosigmoides, ya sea para determinar la extensión del tumor, como para descubrir otro tipo de lesiones que se encuentren en el resto del colon.

No se hace mención del examen citológico por el método de Papanicolaou por considerar que este procedimiento no es muy preciso para ayudar a establecer el diagnóstico diferencial del carcinoma del colon,¹⁴ además de que nosotros, en el Hospital de Enfermedades de la Nutrición no tenemos suficiente experiencia con dicho método.

RESUMEN Y CONCLUSIONES

1. Se estudiaron 95 casos de carcinoma de colon y recto en el Hospital de Enfermedades de la Nutrición de México.

2. Se analizó su frecuencia y se llegó a la conclusión de que en México dicha frecuencia es inferior a la de otros países.

3. Se trataron los aspectos clínicos, radiológicos y de laboratorio y se puso especial interés en valorar el tiempo transcurrido desde que se iniciaron los síntomas hasta la fecha en que se estableció el diagnóstico de carcinoma.

4. Se llegó a la conclusión de que en nuestro medio el diagnóstico oportuno se realizó con menos frecuencia de lo que sucede en Inglaterra y en los Estados Unidos de Norteamérica.

5. Fueron señaladas las causas que podrían haber influido en el retraso del diagnóstico oportuno y se aclararon las siguientes:

a) El bajo nivel económico, social y cultural de nuestros enfermos hace que estos pacientes consulten al facultativo tardíamente.

b) La falta de medios adecuados para su diagnóstico.

c) La gran frecuencia de parasitosis intestinal en nuestro medio, sobre todo la amibiana, son circunstancias que probablemente desvían la atención del médico general, hecho que le hace pensar en amibiasis y no en carcinoma.

d) La falta de cuidado de parte de los facultativos al no agotar todos los medios de diagnóstico.

6. Se puntualizaron aquellos aspectos clínicos importantes del carcinoma de colon y recto, que podrían orientar al clínico a pensar en carcinoma antes de que aparecieran las manifestaciones de ataque al estado general.

7. Se enfatizó sobre la utilidad de practicar tacto rectal de rutina en los enfermos con síntomas colónicos ya que este procedimiento exploratorio es muy útil para sospechar el diagnóstico de carcinoma de recto en forma oportuna.

8. Se discutió especialmente el problema de diagnóstico diferencial del síndrome disentérico que aparece tanto en la amibiasis, como en el carcinoma rectosigmoideo y se llegó a la conclusión de que el estudio rectosigmoidoscópico es muy útil para establecer el diagnóstico diferencial de este síndrome y asimismo, se mencionó la ventaja que presta dicho estudio para poder tomar un fragmento de mucosa para biopsia y establecer, inclusive, el diagnóstico de lesiones precancerosas.

9. Se fijaron los conceptos útiles que presta el estudio radiológico del colon por medio de enema y con doble medio de contraste, efectuado por manos expertas, para sospechar en la casi totalidad de los casos, la existencia de carcinoma del colon. Se mencionó asimismo, que dicho estudio no es útil para el diagnóstico de carcinoma de recto ya que esta porción del intestino grueso no se presta a que se efectúen estudios radiológicos correctos de esta zona; en cambio este segmento sí está al alcance del tacto rectal y del estudio endoscópico por medio del cual se puede llegar casi al ciento por ciento de diagnósticos positivos de carcinoma.

REFERENCIAS

1. Astler, J. B., y Coller, F. A.: *The Prognostic Significance of Direct Extension of Carcinoma of the Colon and Rectum*. Annals of Surgery. Vol. 139, pág. 186, 1954.
2. Catell, R. B., Mac Kenzie, D. H., y Colcock, B. P.: *Cancer of the Colon and Rectum*. Surg. Clin. of North Amer. Vol. 35: pág. 823, 1955.
3. Swinton, N. W.: *Recent Trends in the Treatment of Cancer of the Colon and Rectum*. Am. Journ. of Surg. Vol. 92, pág. 727, 1956.

4. Matute, Angel: *Carcinoma del colon y recto en el Hospital Español de México*. (Comunicación personal.)
5. Ackerman, L. U., and J. del Regato: *Cancer*. Mosby Co. 1947, pág. 18.
6. *Special Report U. S. Bureau of Censces*. (Mencionado por Bockus, *Gastroenterology*. Sounders, First E., pág. 745, vol. II, 1944.)
7. Muir, E. G.: *The Diagnosis of Carcinoma of the Colon and Rectum*. A. Review of 714 Cases. The Brit. Jour. of Surg. Vol. 44, pág. 183, 1956.
8. Ascherman, S. W.: *Carcinoma of the Colon and Rectum*. Review of 461 Necropsy cases at Cook County Hospital, From 1929 to 1952. Arch. of Surg. Vol. 66, pág. 208, 1953.
9. *Ordinary Meeting on Amoebiasis*. Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene. Vol. 51, págs. 303-331.
10. Hernández de la Portilla, Roberto: *Carcinoma del Colon*. Rev. Inv. Clin. Hospital Enfermedades de la Nutrición. Vol. VII, pág. 329, 1954.
11. Herman, B., Flores, F., y S. Villa Treviño: *Algunos datos sobre 680 Autopsias de tumores malignos en el Hospital General*. La Prensa Médica Mexicana. Edición especial, Vol. XXIV, pág. 119, 1959.
12. Homburger, F.: *The Biological Basis of Cancer Management*. Ed. Hoeher Harper, New York, 1957. Citado por Braudt Herman, et al. (Ver referencia anterior.)
13. (Mills) Anderson, Pathology C. F. Mosby Co. 1953, pág. 848.
14. Galambos, J. T., y Klayman, M. I.: *The Clinical Value of Colonic exfoliative Cytology in the diagnosis of cancer beyond the reach of the proctoscope*, Surg. Gin. and Obst. Vol. 101, pág. 673, 1955.

EL CARCINOMA DE COLON Y RECTO EN MEXICO

COMENTARIO AL TRABAJO DEL DR. ROBERTO HERNANDEZ
DE LA PORTILLA *

DR. MARIO QUIÑONES HUERTERO

Una disposición reglamentaria establecida, me señala la satisfactoria obligación de comentar oficialmente el trabajo de ingreso del Sr. Dr. Roberto Hernández de la Portilla, nuevo académico de la Sección de Gastroenterología de nuestra H. Academia.

Aborda el autor el estudio de un tema sobre el que muy poco se ha escrito en México y del que bien poco también se ocupa la literatura médica mundial, si comparamos con el volumen de trabajos que diariamente aparecen relativos a cuestiones de estómago, hígado, pancreas, vías biliares y aun de esófago, para referirme tan sólo a cuestiones de aparato digestivo.

Tal circunstancia, la naturaleza del mal de que se ocupa y la forma en que lo presenta, lo hacen a mi juicio más interesante.

Las afirmaciones de que "De todos los tumores malignos el cáncer del colon, recto y ano cuenta por 12% y abarca el 75% de los cánceres intestinales" según De Peyster y Gilchrist;¹⁸ de que "el 10% de todas las muertes por cáncer son debidas al cáncer del colon" según los estudios del escandinavo Fretheim¹ y de que según Catell, Mackenzie y Calcock,¹⁹ "en 1949 murieron en Estados Unidos de Norteamérica más personas por cáncer del colon y recto que por cualesquiera otra forma de cáncer", debían llamarnos la atención hacia un factor de morbilidad y de mortalidad que resulta tan importante según tales estudios.

El Dr. Hernández de la Portilla no fué ajeno a tales llamados y en 1954 publica su primer estudio sobre Cáncer del Colon⁷ y ahora nos da a conocer su trabajo de ingreso "El carcinoma del colon y recto en México".

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

Su estudio se refiere a 95 casos diagnosticados en el Hospital de la Nutrición entre 33,000 consultantes en un período que abarca 12 años (1946-1958) y lo enfoca fundamentalmente a los aspectos clínicos, radiológicos, endoscópicos y de laboratorio que permiten valorar cuáles son los problemas con que se tropieza en nuestro medio para lograr establecer su diagnóstico con mayor oportunidad.

Hace hincapié acerca de la poca frecuencia del mal en nuestro medio, así como del bajo índice de operabilidad de los casos vistos y del alto de mortalidad de los mismos.

En su estudio de 1954 que se refiere a 15 casos de cáncer del colon observados en 7 años (1946-1953) entre 17,900 consultantes, obtiene un índice de frecuencia del mal de 0.84 por mil y el del estudio que comento es de 2.90 por mil; ambos indudablemente bajos en comparación con el de otras estadísticas, especialmente las americanas, no obstante la circunstancia señalada por el autor de que el estudio fué hecho en consulta con concentración de enfermos del aparato digestivo.

Llama sin embargo la atención tal diferencia en la frecuencia de casos en el mismo establecimiento y dentro del mismo ambiente, que sólo podría explicarse por mejor experiencia en la aplicación de los procedimientos diagnósticos y en el criterio que los dirige. De cualquiera manera la diferencia es sensible, pues hace aumentar su índice de frecuencia en más de 3 veces.

En el análisis de los factores predisponentes, el autor encontró que no tuvieron significación los factores herencia, coexistencia de pólipos y de colitis ulcerosa crónica inespecífica.

Creo, no obstante, que no debemos olvidar la importancia que algunos autores dan a la presencia de pólipos en el colon y lo que Stenstrom y Ford⁸ indican después del análisis de 1,000 casos de carcinoma del colon "la presencia de un pólipo en el colon debe despertar nuestra atención acerca de la posibilidad de la existencia de cáncer primario en colon. El desarrollo tardío debe ser sospechado. Los pólipos del colon son probablemente precursores del cáncer del colon y deben ser tratados como tal. Dada su evolución silenciosa siempre debe estar alerta".

Jones y Turnbull³ a su vez refieren 22 casos de poliposis familiar en 8 de los cuales se diagnosticó carcinoma del colon desde el primer examen.

La inquietud que nos dejan estos hechos y afirmaciones respecto a la relación pólipos-cáncer, creo que puede contribuir al diagnóstico más oportuno del mal que nos ocupamos.

En cuanto a sexo, el autor encuentra casi por mitad la frecuencia en mujeres y en hombres como Strenston,⁸ Hollstrand⁹ y Pastletwait,¹³ diferenciándose de Holpert⁵ quien encuentra dos mujeres por cada hombre afectado.

Ilustra el autor su trabajo con 5 excelentes cuadros explicativos:

El primero se refiere a la distribución de los pacientes observados por edades. Poco difieren las cifras de los grupos comparadas con las de otros autores, predominando los casos en personas que han pasado los 50 años (60%) pero es interesante observar que registra dos casos con menos de 20 años de edad, lo que debe tenernos alerta acerca de que no hay límite a este respecto y que las neoplasias no son patrimonio exclusivo de los viejos, como se creyó por mucho tiempo.

El segundo cuadro se refiere al tiempo de evolución aparente hasta que se estableció el diagnóstico. Por él podemos ver que el lapso predominante es de 6 a 12 meses (34%) habiendo desgraciadamente un mínimo de sólo 15% para los 3 primeros meses y un promedio de 10.6 meses, que resulta doble del promedio alcanzado en otros países.

Esto es sin duda lamentable. El autor señala algunas de las causas a que obedece y precisamente el objetivo de su trabajo es valorarlas.

No obstante, creo de interés insistir en la consideración de aquellas que a mi juicio contribuyen a retrasar la oportunidad de un diagnóstico que es de vital importancia para el paciente y para el médico también, por las consecuencias que trae aparejadas: operabilidad; mortalidad.

El factor más importante creo que es "educación" ... educación del paciente y educación del médico. Del paciente, para que se haga exámenes de salud periódicos; para que acepte como necesarios reconocimientos que estima vergonzantes (tactos, endoscopías); para que considere como desgracia el llegar a padecer cáncer, pero no como enfermedad vergonzante; que sepa que es posible prevenir el cáncer en algunos casos y en otros curarlo radicalmente si se hace diagnóstico oportuno y se trata debidamente, con oportunidad.

En cuanto al médico, prepararlo para que sepa educar a sus pacientes al respecto; para que haga siempre exploraciones completas de sus pacientes incluyendo tacto rectal y endoscopías rutinarias o por lo menos a la primera sospecha de neoplasia (sangre en heces, dolor abdominal persistente, cambio de hábito intestinal, pérdida de peso); para que trate oportuna y debidamente a su paciente o lo envíe a quien sepa hacerlo.

Quiero aprovechar la oportunidad para hacer mención de que Hugh, Steele y Brown¹⁵ en análisis de 1,500 proctosigmoidoscopías *de rutina* practicadas en personas de más de 30 años *sin síntomas* que sugirieran la existencia de lesiones locales, encontraron 167 casos patológicos (11%) entre ellos 5 carcinomas, 79 con pólipos benignos, 40 con ulceraciones rectales y 43 con otras lesiones. Esto nos demuestra el valor del examen endoscópico rectosigmoideo de rutina.

El cuadro núm. 3 nos muestra la frecuencia de los síntomas y signos encontrados por el autor en el estudio de los 95 casos.

Nos referiremos tan sólo a la presencia de sangre en las evacuaciones por ser de los síntomas más frecuentes, sobre todo en las localizaciones bajas y por

dar lugar, en los casos mal explorados, a errores, pues frecuentemente pasan como hemorroides sangrantes o colitis disenteriformes, casos de carcinomas que se han tratado con supositorios o con medicación antiamebiana, cuando un simple tacto rectal o a lo más una sigmoidoscopia hubiera demostrado que se trataba de un cáncer rectal o del sigmoides, que por pereza o por ignorancia del médico se deja avanzar peligrosamente.

En el cuadro núm. 4 aparecen los síntomas generales y el autor hace justamente resaltar en su comentario al respecto, la frecuencia de la evolución febril de algunos cánceres del recto y del colon y la confusión a que pueden dar lugar con estados infecciosos, sobre todo cuando se acompañan de leucocitosis.

El magnífico cuadro 5 es un arreglo en que aparecen porcentualmente los signos y síntomas, correspondientes, del cáncer del colon y recto según la localización del proceso.

Como el autor hace notar, el auxilio de los Rayos X especialmente con estudios por enema y doble contraste, es de la más alta importancia. A la primera sospecha debe hacerse, particularmente si se piensa en colon o sigmoide.

En caso de duda debe repetirse aún varias veces. Brown y Carvert² lograron 72% de diagnósticos ciertos al primer examen en colon izquierdo y 92% por estudios repetidos. Para Buser, Kisner y Palmer⁶ en su serie de 478 casos obtuvieron 94% de diagnósticos ciertos por el examen radiológico o sea casi en igual proporción que la obtenida por el autor.

El Dr. Hernández de la Portilla indica que no hace mención del método de Papanicolaou por considerar que no es muy preciso para ayudar al diagnóstico del carcinoma del colon.

Galambos y Klayman¹¹ y Oakland¹² difieren de este modo de pensar, pues indican haber obtenido buenos resultados, afirmando por ello el primero que "La citología exfoliativa en manos experimentadas es un valioso elemento en el diagnóstico de las lesiones malignas del colon. La presencia de células malignas es concluyente. Su ausencia no lo excluye". Oakland considera de mayor utilidad usar el método en el diagnóstico de cáncer del descendente y del sigmoides.

Sin experiencia personal sobre el citado método, creo que debe procurarse su empleo ya que pienso, aplicando al cáncer del colon, lo que dije a propósito del cáncer del páncreas al comentar el trabajo de ingreso a esta H. Academia del estimado Dr. Barroso: "nuestra meta en el cáncer del páncreas, como en todos los procesos malignos de cualquiera localización, debe ser descubrirlos precozmente empleando para ello todos los medios de que seamos capaces, si queremos combatirlos eficazmente".

Para terminar felicito al Dr. Hernández de la Portilla por su interesante trabajo. Lo felicito también por su ingreso a esta H. Academia Nacional de Medicina y le doy la más cordial bienvenida al seno de nuestra Sección de Gastroenterología.

REFERENCIAS

1. Fretheim, B.: *Cancer of the colon. A survey of the material for the years 1931.* 46. Acta Chir. Scand. febr. 1948.
2. Brown, J., and Colvert, M.: *Analyses of roentgen ray diagnosis in carcinoma of the cecum and ascending colon.* Ann. of Int. Med. Dec., 1947.
3. Jenes, J., and Turnbull, A.: *Familial polyposis.* Surg. Clinics of N. Amer. Oct. 1948.
4. Weber, J. M.: *Cancer of the lower large bowel.* New Eng. J. Med. Jan., 1949.
5. Holpert, B., Muldorch, R., and Young, M. O.: *Carcinoma of the sigmoid colon, rectum and anal canal. A clinopathological analysis of 150 cases.* Cancer, July, 1949.
6. Buser, J. W., Kirsner, J. B., and Palmer, W. L.: *Carcinoma of the large bowel. Analysis of clinical features in 478 cases, including eighty-eight five years survivors.* Cancer, 3: 214, 1950.
7. Hernández de la Portilla, R.: *Carcinoma del colon.* Rev. de Inv. Clín. Hospital de la Nutrición. VII, 329, 1954.
8. Stenstrom, J. D., and Ford, H. S.: *Carcinoma of the colon. Analysis of 1000 cases.* Am. J. Surg. 88: 200, July, 1954.
9. Hallstrand, D. E.: *Carcinoma of the colon and rectum.* Surg. Gynec. and Obst. 99: 234, Aug., 1954.
10. Colcko, B. P., and Sass, R. E.: *Diverticulitis and carcinoma of the colon. Differential diagnosis.* Surg. Gyn. and Obst. 99: 627, Nov., 1954.
11. Galambos, J. T., and Klayman, M. J.: *The clinical value of colonic exfoliative cytology in the diagnosis of the cancer beyond the reach of the proctoscopy.* Surg. Gyn. and Obst. 101: 673, Dec., 1955.
12. Oakland, D. J.: *Exfoliative cytology of the colon and rectum.* Brit. Med. J. 5032: 1391, June, 1957.
13. Postlotwait, R. W., Adamson, J. E., and Hart, D.: *Carcinoma of the colon and rectum.* Surg. Gyn. and Obst. 106: 257, March, 1958.
14. Ferreira, J. A., y Muroff, M.: *Dificultades diagnósticas en el cáncer del colon ascendente.* Pr. Med. Arg. 44: 2162, julio, 1957.
15. Steele, H. H., and Brown, C. H.: *Analysis of 1500 "routine" proctosigmoidoscopic examinations.* Gastroenterology, 12: 419, March, 1949.
16. Wisseman, C. L., Lemon, H. M., and Laurence, K. B.: *Cytologic diagnosis of cancer of the descending colon and rectum.* Surg. Gyn. and Obst. 89: 24, July, 1949.
17. Shallow, T. A., Wagner, F. B., and Colcher, R. E.: *Clinical evaluation of 750 patients with colonic cancer. Diagnostic survey and follow up covering a fifteen year period.* Ann. Surg. 142: 164, Aug., 1955.
18. De Peyster, J. A., and Gilchrist, R. K.: *Pathology of cancer of the colon and rectum.* S. Clin. North Am. 35: 1295, Oct., 1955.
19. Catell, R. B., Mackenzie, D. H., and Colcock, B. P.: *Cancer of the colon and rectum.* S. Clin. North Am. 35: 823, June, 1955.
20. Jameson, J. W., and Mullins, C. R.: *Carcinoma of the colon and rectum.* New Engl. J. Med. 237: 699, Nov., 1947.

LESIONES FUNDAMENTALES DEL HIGADO OBSERVADAS
POR MEDIO DE LA BIOPSIA POR PUNCION *

DR. CLEMENTE VILLASEÑOR C.

LA EXPLORACIÓN BIÓPSICA del hígado aumenta en importancia paralelamente con los adelantos de la hepatología. Suministra datos en relación con las alteraciones nucleares y citoplásmicas de los hepatocitos, sobre los cambios estructurales del parénquima y del estroma, sobre trastornos hemodinámicos y de la excreción de la bilis. Las imágenes histológicas de las hepatitis y de sus secuelas son demostrativas, así como las de las neoplasias. Las células de Kupffer, sector hepático del sistema retículo-endotelial son frecuentemente el asiento de alteraciones específicas y reflejan, en algunos casos, disturbios de otros sectores del sistema.

Material. 502 biopsias proporcionadas en su mayoría por el Pabellón 20 del Hospital General, a cargo del Dr. Jorge Flores Espinosa, practicadas por el Dr. Atanasio Gutiérrez Garfias, en un período de tiempo comprendido entre los años 1951 y 1959. Los especímenes se colocaron en líquido fijador (formalina al 10%).

La muestra, obtenida con la aguja de Vim-Silverman, es un cilindro de tejido hepático de 15 a 20 milímetros de longitud por 1 milímetro de espesor. La fragilidad del parénquima en algunas lesiones hace que la biopsia se fragmente o sea menos abundante.

La observación macroscópica de la muestra proporciona algunos datos previos: amarillenta y flotante en la esteatosis; verdosa en el éxtasis biliar; segmentada por bandas claras en la cirrosis.

* Leído en la sesión del 7 de octubre de 1959.

Método. Después de 24 horas de fijación en la formalina, se cortan en el microtomo de congelación, en el que las secciones deberán ser de 10 a 15 micras de espesor, que se tiñen con la técnica general de la hematoxilina-eosina, o con técnicas especiales (estructurales o microquímicas) cuando la investigación lo requiera.

Se observaron las siguientes lesiones fundamentales:

Alteraciones de los hepatocitos: tumefacción turbia, esteatosis, retención intracelular de pigmentos.

Alteraciones de las células del sistema retículo-endotelial: hiperplasia de las células de Kupffer en un caso de aplasia de la médula ósea; hematopoyesis en un caso de leucemia mieloide.

Procesos inflamatorios inespecíficos.

Procesos inflamatorios específicos.

Trastornos hemodinámicos: éxtasis sanguíneo.

Trastornos del sistema excretor: éxtasis biliar.

Fibrosis.

Neoplasias: primitivas, metastásicas.

Lesiones fundamentales y su frecuencia.

Cirrosis	256	51.2%
Tumefacción turbia	39	7.8%
Esteatosis	175	35. %
Procesos inflamatorios no específicos	190	38. %
Tuberculosis	1	.2%
Extasis biliar	114	22.8%
Extasis sanguíneo	54	10.8%
Sistema retículo-endotelial	2	.4%
Neoplasias	33	6.6%

Lesiones combinadas.

58 C
36 C E
28 C E I
10 C E I B
2 C E I B S
1 C E I S
15 C E B
3 C E S
46 C I
17 C I B
5 C I S
31 C B
1 C B S
4 C S

39 T T
39 E
21 E I
7 E I B
1 E I S
5 E B
7 E S
32 I
13 I B
7 I S
1 Tub.
9 B
3 B S
26 S
2 Sistema retículo-endotelial
33 Neoplasias

C: cirrosis. T T: tumefacción turbia.

E: esteatosis. I: proceso inflamatorio no específico. Tub: tuberculosis. B: éxtasis biliar. S: éxtasis sanguíneo.

En algunos pacientes se practicaron estudios seriados con el objeto de observar la evolución de las cirrosis, las secuelas de las hepatitis y de las carencias nutricionales. Reunimos en un solo grupo las neoplasias primitivas y las metastásicas, pues en los blastomas muy indiferenciados es imposible la distinción por el estudio histológico.

RESUMEN

Se presenta el estudio histológico de 502 biopsias de hígado obtenidas por punción; se hace una relación de sus lesiones fundamentales y se intenta un estudio estadístico de su frecuencia y de sus combinaciones.

LESIONES FUNDAMENTALES DEL HIGADO OBSERVADAS
POR MEDIO DE LA BIOPSIA POR PUNCION

COMENTARIO AL TRABAJO DEL DR. CLEMENTE VILLASEÑOR *

DR. JORGE FLORES ESPINOSA

EN VIRTUD de que desde hace años el Dr. Villaseñor efectúa el estudio histológico de los pequeños fragmentos de hígado tomados por punción, como lo informamos en 1955 a esta Academia el Dr. Gutiérrez Garfias y yo, me es muy grato comentar este trabajo que reúne ya un número considerable de casos y con ello una experiencia muy valiosa.

Lo primero que debe señalarse es que, a pesar de la oposición de algunas personas, la punción biopsia de hígado ha entrado ya en forma rutinaria dentro de las exploraciones necesarias del paciente hepático y también en pericarditis, desnutrición y tumores que pueden dar metástasis a hígado.

Las 502 biopsias realizadas, permiten ya afirmar que el procedimiento es inocuo, fuera de algún caso de neumotórax y de un hemoperitoneo que ya fueron relatados. Puede realizarse con facilidad e incluso buena parte de estos fragmentos fueron tomados en pacientes en su propia casa, sin necesidad de hospitalizarlos. De hecho todo el personal de internos, adscritos y residentes que trabajan en el Servicio de Medicina Interna del Hospital General, están adiestrados para practicar la punción y tomar el fragmento.

Por otra parte, en algunos casos hemos podido confirmar la concordancia entre el estudio de biopsia y el de necropsia, siendo indudable que hay algunas diferencias, dado que las lesiones del hígado no siempre son difusas y el fragmento que se toma, puede corresponder a un sitio no lesionado, como ocurre particularmente en cáncer metastásico. Por ello el Dr. Alfonso Acevedo practica sus biopsias bajo control peritoneoscópico, lo cual permite una mejor selección del sitio en donde debe tomarse el espécimen.

* Leído en la sesión del 7 de octubre de 1959.

Prácticamente en los casos del Dr. Villaseñor se encuentra toda la patología del hígado y algunas observaciones muy interesantes en procesos hematológicos, como aplasia medular y leucemia mieloide crónica.

En donde se aprecia una cierta dificultad es en la clasificación de las cirrosis, pues ha sido claro que los grupos propuestos por el Comité de La Habana son insuficientes y, en muchos casos, el patólogo tiene grandes problemas para encastrar el caso como postnecrótica o alcoholo-nutricional. Los procesos descritos como *Hepatitis Intersticial Difusa*, relativamente frecuentes y un gran hígado graso del tipo descrito por Hutinel y Sabourin, encontrados en necropsia son difíciles de reconocer en un fragmento muy pequeño.

Por ello se aprecia que las estadísticas varían en relación con la cada vez mayor frecuencia de las cirrosis postnecróticas, pues algún patólogo clasificaría alguno de esos casos más bien como alcoholo-nutricional y realmente creo que se trata de casos mixtos en que intervienen factores etiológicos variados.

El Dr. Villaseñor ha tenido el cuidado de presentar las lesiones asociadas que ha encontrado, como cirrosis y esteatosis, procesos inflamatorios, etc., y esto demuestra que, efectivamente, hay alteraciones diversas en el mismo enfermo, que pueden depender de causas diferentes.

Al cabo de 8 años de una labor continua, el Dr. Villaseñor ha podido reunir una interesante colección de casos y por ello me permito felicitarlo muy sinceramente.