

TUMORES GÁSTRICOS DISTINTOS DEL CARCINOMA.  
OBSERVACIONES EN 58 CASOS\*

DR. J. JESÚS VILLALOBOS\*\*  
DR. RODOLFO DE CASTRO\*\*  
DR. EDMUNDO ROJAS\*\*  
DR. JAVIER ELIZONDO\*\*

SE CONSIDERÓ de interés hacer un análisis de este tipo de tumores debido a que su proporción relativamente baja en relación con el carcinoma<sup>1 a 7</sup> hace que no se fije suficientemente la atención en ellos.

En este trabajo se estudiaron las manifestaciones clínicas y los hallazgos de laboratorio y gabinete de 58 tumores gástricos benignos o malignos distintos del carcinoma, para conocer si dichas características permiten orientar el diagnóstico.

De octubre de 1947 a agosto de 1965 se han estudiado en el Hospital de Enfermedades de la Nutrición 53,000 pacientes. En ellos se encontraron 552 tumores gástricos, de los cuales 494 fueron carcinomas y los 58 restantes correspondieron a tumores no carcinomatosos.

En los 552 casos se contó con la comprobación histopatológica por medio de biopsia, resección gástrica o necropsia.

En los 58 casos se dispuso de historia clínica y de exámenes de laboratorio y gabinete encaminados a establecer el diagnóstico. En 17 las neoplasias fueron hallazgos de autopsia.

RESULTADOS

Como ya se mencionó, se encontraron 552 tumores gástricos de los cuales 494 fueron carcinomas y los 58 restantes, tumores diferentes del carcinoma.

De los 58 casos: 32 correspondieron a tumores benignos y 26 a tumores malignos.

\* Trabajo de ingreso a la Academia Nacional de Medicina presentado por el Dr. J. Jesús Villalobos en la sesión del 27 de octubre de 1965.

\*\* Hospital de Enfermedades de la Nutrición.

CUADRO 1

## TIPOS DE TUMORES GASTRICOS EN 552 CASOS

	No. de casos	%
Carcinoma	494	89.5
Distintos del carcinoma (58 casos)		
a) Benignos	32	5.8
b) Malignos	26	4.7
TOTAL	552	100

nos. La proporción de los distintos tumores en el total de 552 fue de 5.8% para los benignos, 4.7% para los malignos no carcinomatosos y 89.5% para carcinomas. (Cuadro 1).

La frecuencia tanto de los tumores benignos como malignos fue ligeramente mayor en el sexo femenino (Cuadro 2).

CUADRO 2

TUMORES GASTRICOS DISTINTOS DEL CARCINOMA  
DISTRIBUCION POR SEXO Y EDADES

Sexo y edad	Benignos	Malignos
Masculino	14 casos	11 casos
Femenino	18	11
<i>Años</i>		
11 a 30	1	3
31 a 50	8	18
51 a 70	19	4
Más de 71	4	1

La frecuencia según la edad fue mayor en la 6a. y 7a. décadas de la vida en los de naturaleza benigna y en la 4a. y 5a. en los malignos (Cuadro 2).

En los cuadros 3 y 4 se señalan las distintas variedades de tumores benignos y malignos .

CUADRO 3

## CASUÍSTICA DE TUMORES GASTRICOS BENIGNOS (32)

De origen epitelial		(11)
Pólipos simples	4	
Pólipos múltiples	7	
De origen mesenquimatoso		(19)
Leiomiomas	17	
Fibromas	1	
Lipomas	1	
Misceláneos		( 2)
Coristomas	2	

CUADRO 4

## CASUISTICA DE TUMORES GASTRICOS MALIGNOS: (26)

Leiomiomas	4
Linfomas primarios	5
Linfomas secundarios	17

## TUMORES BENIGNOS

Diecisiete fueron asintomáticos desde el punto de vista digestivo y su tamaño varió de unos cuantos milímetros a 1 cm.

Quince cuyo tamaño varió de 1 a 4 cm., presentaron síntomas (Cuadro 5) que consistieron en: dolor en todos los casos, epigástrico, sin irradiaciones, de intensidad media, que se manifestó como sensación de plenitud, pungitivo o ardoroso; fue, generalmente, post-prandial inmediato (4 de 6) en los pólipos y post-prandial tardío (5 de 6) en los leiomiomas. No se observó periodicidad.

CUADRO 5

## SINTOMAS DIGESTIVOS EN 32 TUMORES GASTRICOS BENIGNOS

[PRESENTES: 15 (47%)]

	No. de casos	%
Dolor epigástrico frecuente: (No irradiado, intensidad media, pungitivo ardoroso o sensación de plenitud, duración menor de ½ hora, post-prandial, sin periodicidad).	15	100
Vómitos repetidos "mucobiliosos":	7	47
Hematemesis o melena:	7	47
Sin ataque al estado general:	15	100
Exploración física negativa:	15	100

Los vómitos, repetidos y mucobiliosos, se presentaron en 47% y en la misma proporción, la hematemesis o melena de intensidad media. No hubo síntomas de ataque al estado general en ninguno de los casos y la exploración física fue negativa.

Los exámenes de laboratorio y gabinete (Cuadro 6), mostraron anemia en 11 de los 15 casos, predominantemente normocítica normocrómica grado II, es decir con hemoglobina de 10 a 12 gs.%, y solamente 1 caso presentó anemia macrocítica. Se trataba de una mujer con anaclorhidria, un pólipo y gastritis atrofica.

De 10 casos en los que se practicó quimismo gástrico con histamina hubo anacididad en 5, hipoacididad en 2 y normoacididad en 3.

En 3 de los 6 casos en que se practicó gastroscopia, se visualizó tumor sospe-

CUADRO 6

TUMORES GÁSTRICOS BENIGNOS  
RESULTADOS DE EXÁMENES DE LABORATORIO Y GABINETE

Anemia:	11 de 15 casos	
Quimismo gástrico con histamina		10 casos
Anacidez:	5	
Hipoacidez:	2	
Normoacidez:	3	
Gastroscopía:		6 casos
Tumor probablemente benigno:	3	
Tumor probablemente maligno:	1	
No se visualizó:	2	
Rayos X:		14 casos
Tumor probablemente benigno:	11	
Tumor probablemente maligno:	1	
Úlcera gástrica (tumores ulcerados):	2	

chándose su carácter benigno, en uno se sospechó malignidad y en dos no se visualizó el tumor.

El estudio radiológico de estómago se llevó a cabo en 14 casos, en 11 de los cuales se formuló el diagnóstico de tumor probablemente benigno, sospechándose aun su tipo en la mayoría de ellos. En uno se pensó en malignidad y en dos se formuló el diagnóstico de úlcera gástrica. (Figs. 1, 2, 3 4).

TUMORES MALIGNOS

En 22 de los 26 pacientes con tumores malignos hubo síntomas digestivos (Cuadro 7) que consistieron en: dolor en todos ellos, epigástrico; sin irradia-

CUADRO 7

SINTOMAS DIGESTIVOS EN 26 TUMORES GÁSTRICOS MALIGNOS  
NO CARCINOMATOSOS

[PRESENTES: 22 (85%)]

	<i>No. de casos</i>	<i>%</i>
Dolor epigástrico frecuente: (No irradiado en la mayoría; dorsolumbar en el linfoma secundario, intensidad media, plenitud post-prandial o pungitivo: ½ a 2 Hrs. de duración, sin periodicidad).	22	91
Vómitos repetidos mucobiliares:	10	45
Hematemesis o melena:	15	68
Ataque al estado general:	19	86

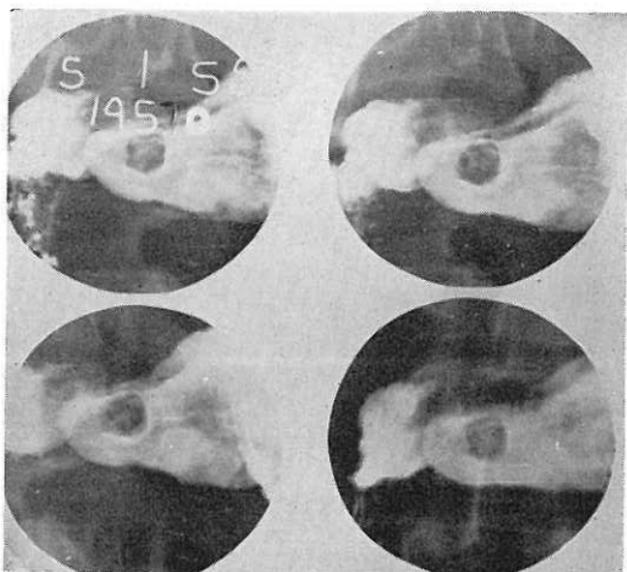


FIG. 1. Pólipo de antro gástrico.

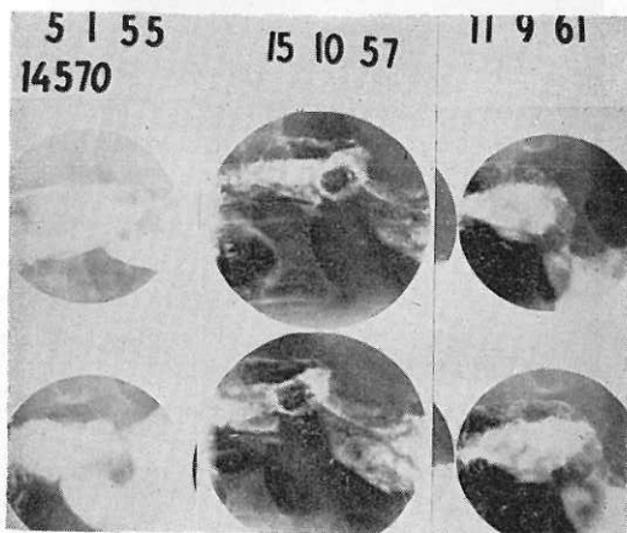


FIG. 2. 1955: Pólipo gástrico pediculado en antro. 1957: Prolapso del pólipo a bulbo duodenal. 1961: Carcinoma del antro. En el mismo enfermo.

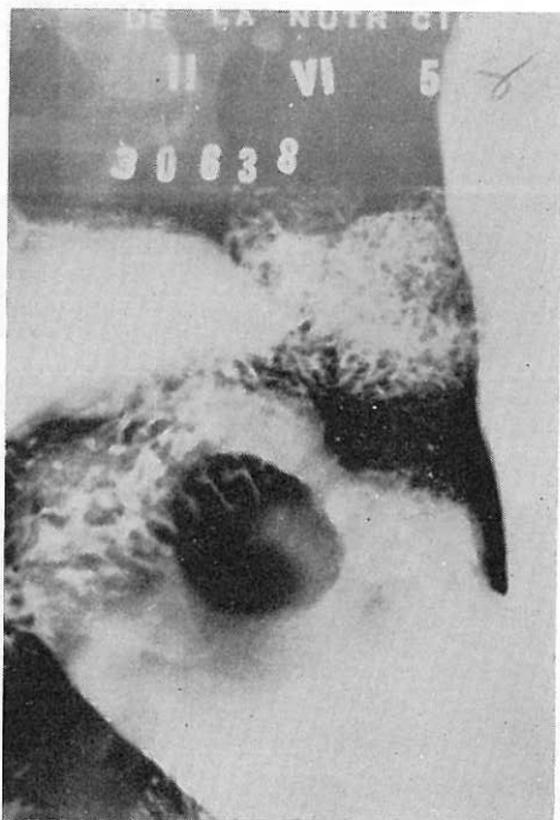


FIG. 3. Leiomioma de antro gástrico.

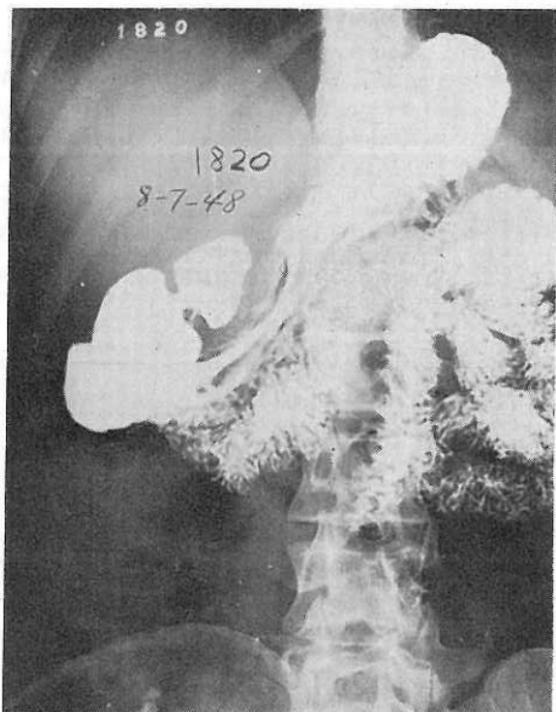


FIG. 4. Leiomioma de curvatura menor.

ción en 13 y con irradiación dorso lumbar en 6 linfomas, secundarios o generalizados. El dolor fue de intensidad media en los leiomiomas y en los linfomas secundarios. Se manifestó como sensación de plenitud en 40% del grupo total y puntitivo en 60%. Su duración varió de  $\frac{1}{2}$  a 2 horas y en 2 linfomas secundarios fue constante.

Hubo vómitos en 45% de los casos y hematemesis o melenas en 68%. Dentro de este grupo todos los leiomiomas presentaron hematemesis o melena. Tuviron ataque al estado general 86% de estos pacientes.

Por exploración física se encontraron anomalías exclusivamente en los pacientes con linfoma secundario (Cuadro 8) y consistieron en tumor palpable en la mitad de este grupo, hepato y esplenomegalia en 10 de 17, adenopatía generalizada en prácticamente todos ellos (16 de 17) y fiebre en 15.

CUADRO 8

HALLAZGOS EN TUMORES GÁSTRICOS MALIGNOS  
NO CARCINOMATOSOS  
(EXCLUSIVAMENTE EN 17 LINFOMAS SECUNDARIOS)

	<i>No. de ocasiones</i>
Tumor abdominal palpable	8
Hepato y esplenomegalia:	10
Adenopatía axilar o cervical:	16
Fiebre de larga duración:	15

En relación con los exámenes de laboratorio y gabinete (Cuadro 9), se encontró anemia en 15 de 22 casos; todos los leiomiomas la tuvieron en grado II a III.

CUADRO 9

TUMORES GÁSTRICOS MALIGNOS NO CARCINOMATOSOS  
EXÁMENES DE LABORATORIO Y GABINETE

Anemia: 15 de 22 casos.
Quimismo gástrico con histamina: 8 casos
Anacidez: 2, Hipoacidez: 3.
Normoacidez: 3.
Gastroscopia: 8 casos.
Neoplasia probablemente maligna: 5
No se visualizó: 3
Rayos X: 20 casos.
Neoplasia probablemente maligna: 17
Neoplasia probablemente benigna: 3

El quimismo gástrico con histamina practicado en 8 casos reveló anacidez en 2, hipoacidez en 3 y normoacidez en 3.

En 5 de 8 casos en los que se visualizó la lesión por gastroscopía se sospechó que la lesión era maligna.

Y de 20 casos estudiados por Rayos X, en 17 se sugirió que la lesión era maligna: 16 de ellos eran linfomas; en 3 leiomiosarcomas se formuló el diagnóstico radiológico de probable neoplasia benigna (Figs. 5, 6, 7, 8, 9 y 10).



FIG. 5. Leiomiosarcoma de antro gástrico.

#### DISCUSIÓN

Este trabajo comprende el análisis clínico de 58 tumores de estómago diferentes del carcinoma, estudiados en el Hospital de Enfermedades de la Nutrición durante 18 años. Durante este mismo lapso se vieron 494 carcinomas gástricos lo que da una proporción de los tumores benignos y malignos distintos del carcinoma de 5.8% y 4.7%; es decir, una proporción relativamente más alta de la señalada generalmente en la literatura. <sup>1 a 7</sup>

Dentro de los tumores benignos la mitad no dio síntomas gástricos y fueron

hallazgos de autopsia, la otra mitad tuvo síntomas gástricos y consistieron en: dolor que fue predominantemente post-prandial inmediato para los pólipos, con sensación de plenitud como se observa en algunos pacientes con gastritis o carcinoma gástrico, y generalmente post-prandial tardío en los pacientes con leiomioma, en el fibroma y en los dos coristomas.

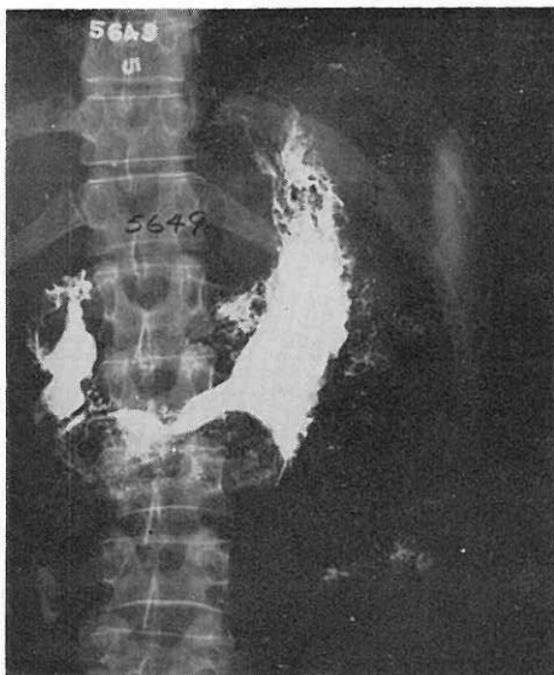


FIG. 6. Leiomiosarcoma.

Los caracteres del dolor por sí solos no permiten establecer el tipo de tumor pero sí deben de hacer sospechar la existencia de un padecimiento gástrico,<sup>8, 9, 10</sup> sobre todo aunados al resto de los síntomas, tales como vómitos, que se presentaron en cerca de la mitad de los casos, y la anemia, que afectó a cerca del 30%.

Es de interés señalar que al elaborar este trabajo se encontraron 3 enfermos con pólipos gástricos, que no se incluyen en esta presentación y que tuvieron degeneración maligna "in situ" (Fig. 2) y 2 en quienes existía concomitantemente pólipo gástrico benigno y adenocarcinoma gástrico, lo que viene en apoyo de la hipótesis de una posible transformación maligna de los pólipos gástricos.<sup>14 a 18</sup>

El dolor epigástrico con los caracteres mencionados, los vómitos mucobiliares y la anemia, obligan al médico a tratar de precisar el diagnóstico por medio de exámenes de laboratorio y gabinete y, fundamentalmente, el estudio radiológico. En el 83% de nuestros casos estudiados radiológicamente se pudo establecer el diagnóstico de neoplasia gástrica y en la mayoría de ellos se sospechó el tipo de tumor.<sup>19</sup> El quimismo gástrico es un elemento útil ya que en 7 de nuestros 10 casos se observó anacidez o hipoacidez.

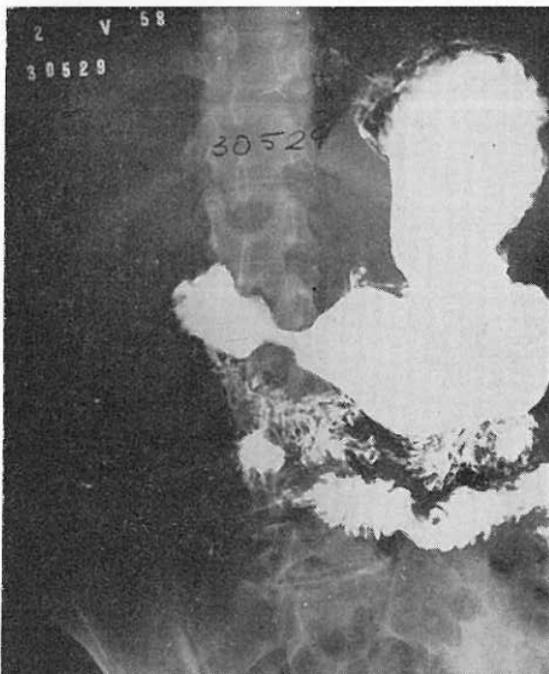


FIG. 7. Linfoma gástrico primario localizado en antro.

La gastroscopía nos fue de utilidad relativa para establecer el diagnóstico en estos tumores benignos. En 6 se llevó a cabo el estudio y solamente en 3 se sospechó el tipo de tumor.

En los 26 tumores malignos distintos del carcinoma, los linfomas fueron los más frecuentes (22 de 26 casos); cabe agregar que estos 22 casos de linfoma gástrico primario o secundario se encontraron entre 178 pacientes con diagnóstico de linfoma, lo que representa que 12% de casos de linfoma tuvieron localización gástrica del proceso.

En estos pacientes el dolor epigástrico fue el síntoma predominante y se manifestó como sensación de plenitud post-prandial (hecho explicable por el tamaño del tumor y por la rigidez de la pared gástrica), o como dolor pungitivo intenso que, de acuerdo con las observaciones de Báez Villaseñor y col.<sup>11, 12</sup> parece ser una de las formas más frecuentes de dolor en estos pacientes.

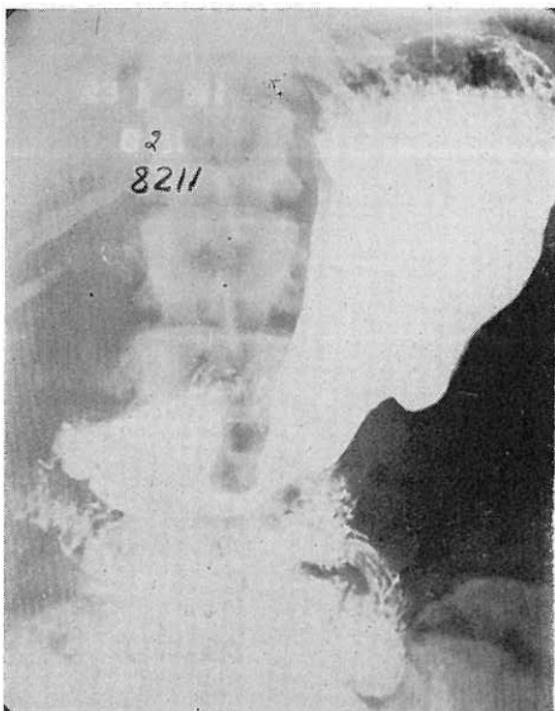


FIG. 8. Linfoma gástrico con extensa infiltración.

El dolor en los enfermos con linfoma secundario presentó en la mayoría de los casos irradiación dorso lumbar, probablemente por invasión retroperitoneal.

Los vómitos fueron también un síntoma frecuente, ya que se observaron en 80% de los casos y estuvieron compuestos por alimentos o fueron mucobiliares.

El sangrado gástrico se presentó en todos los casos de leiomiomas con anemia de cierta importancia y en los linfomas se observó en menor proporción, y solamente en los que mostraron ulceraciones.<sup>11, 12, 13</sup>

En los 26 casos de tumores gástricos malignos la astenia, la anorexia y la

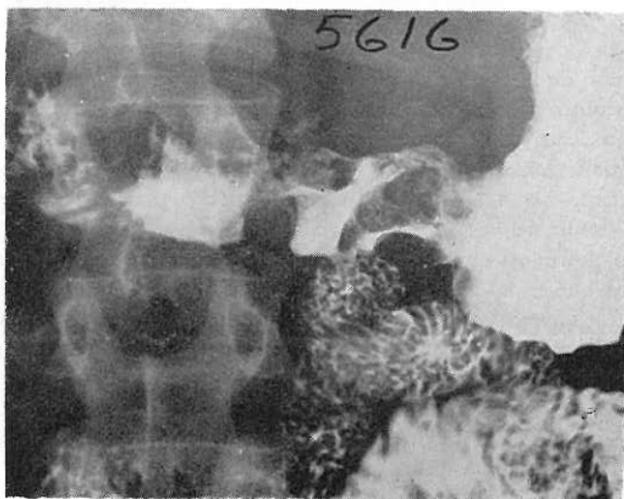


FIG. 9. Linfoma de antro gástrico.

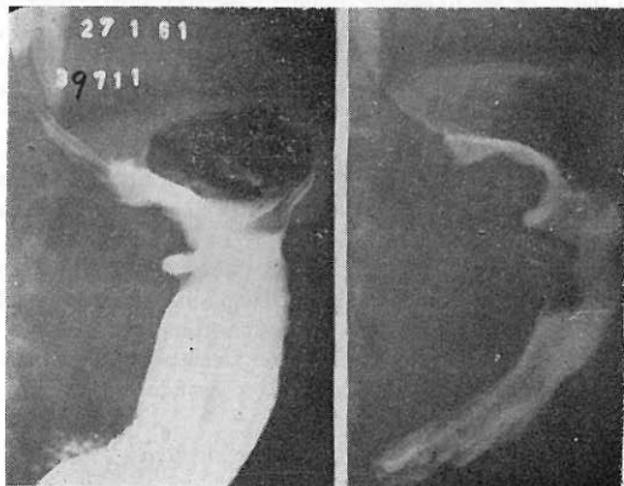


FIG. 10. Linfoma gástrico ulcerado.

pérdida de peso se observaron en la mayor parte de ellos y fueron datos que hicieron pensar en la existencia de un proceso maligno.

En ninguno de los pacientes con leiomioma y con linfoma gástrico primario se encontró tumor abdominal palpable, hepatomegalia o esplenomegalia ni adenopatía. Estos elementos, así como la fiebre fueron útiles para considerar el diagnóstico de linfoma secundario o generalizado.

Clínicamente fue difícil establecer el diagnóstico preciso de tumor gástrico maligno diferente del carcinoma, sobre todo en fase relativamente temprana; sin embargo, los datos clínicos orientaron para practicar el estudio radiológico del estómago, que en los 5 casos de linfoma gástrico primario fue definitivo y que en 3 de los 4 leiomiomas mostró signos comunes con el leiomioma.

El quimismo gástrico con histamina se hizo en 8 de los 26 casos; en 5 se encontró anacididad o hipocididad y en 3 normocididad.

Es importante mencionar que es básico hacer el diagnóstico y el tratamiento quirúrgico oportuno por los resultados favorables que se obtienen; así, 6 de los 7 enfermos con leiomioma gástrico, en quienes se practicó resección, sobreviven 5 años después de la intervención quirúrgica; en los pacientes operados por pólipos gástricos se obtuvieron resultados igualmente satisfactorios.

En relación con los tumores gástricos malignos no carcinomatosos, de los 4 pacientes con leiomioma sobreviven tres al cabo de 7 o más años de haberse efectuado la gastrectomía y el cuarto caso se encuentra bien después de 6 meses de operado.

Por otra parte, de los 5 casos de linfoma gástrico primario operados y posteriormente radiados, 2 sobreviven después de 7 años, uno se encuentra en condiciones satisfactorias después de la intervención quirúrgica hecha recientemente, otro falleció 6 meses después de dicho tratamiento y el último no regresó a la consulta.

Comparando estos resultados con nuestros conocimientos sobre el carcinoma gástrico, podemos decir que el pronóstico en los procesos neoplásicos gástricos con diseminación, sean o no carcinomatosos, es semejante; en cambio, cuando están localizados tienen mejor pronóstico los no carcinomatosos.

Además, estos tumores dan síntomas más tempranos indicativos de padecimiento gástrico y por lo mismo, aumentan las posibilidades de establecer oportunamente su diagnóstico a través de un estudio completo.

Por otra parte, el carcinoma gástrico con frecuencia no da manifestaciones tempranas que orienten sobre su localización y cuando se descubre, el paciente está más allá de todo tratamiento radical.

## CONCLUSIONES

Los tumores gástricos benignos son susceptibles de diagnosticarse cuando la sintomatología de dolor, vómitos y hemorragia (o anemia) llevan a efectuar estudios radiológicos y endoscópicos y deben de ser tratados quirúrgicamente tanto por el peligro de sangrado y obstrucción pilórica como por la posibilidad de degeneración maligna.

Los resultados del tratamiento quirúrgico en estos casos fueron muy satisfactorios.

Los tumores gástricos malignos distintos del carcinoma pueden diagnosticarse oportunamente ya que su sintomatología permite orientar el estudio y completarlo con exámenes de laboratorio y gabinete.

Deben de ser tratados quirúrgicamente (y los linfomas radiados después) cuando no hay evidencia de generalización, ya que son susceptibles de erradicarse y la frecuencia de sobrevida de más de 5 años es mayor que la de los carcinomas gástricos resecaados.

Finalmente, en los linfomas gástricos secundarios no cabe el tratamiento quirúrgico, ya que representan una de tantas localizaciones de un proceso maligno generalizado.

## REFERENCIAS

1. Kiefer, E. A., Christiansen, P. A.: *Benign tumors of the stomach and duodenum*, Med. Clin. North. Am. 40: 381, 1956.
2. Thompson, H. L., Oyster, J. M.: *Neoplasms of the stomach other than carcinoma*. Gastroenterology. 15: 185, 1950.
3. Eusterman, G. B., eSnty, E. G.: *Benign tumors of the stomach*. Surg. Gynecol. and Obstet. XXXIV: 5, 1922.
4. Dudley, G. S., Miscall, L., Morse, S. F.: *Benign tumors of the stomach*. Arch. Surg. XLV: 702, 1942.
5. Rigler, L. G., Ericksen, L. T.: *Benign tumors of the stomach*. Radiology. XXVI: 6, 1936.
6. Schindler, R.: *Gastroscopy*. Univ. of Chicago Press, Chicago, 1937. Pág. 232.
7. Marshall, S. F.: *Gastric tumors other than carcinoma*. Surg. Clin. North. Am. Jun. 693, 1955.
8. Villalobos, J. J., de Castro, R.: *Tumores del estómago diferentes del carcinoma*. Gastroenterología de México. 24: 99, 1959.
9. Villalobos, J. J.: *Tumores gástricos con exclusión del carcinoma*, Rev. Invest. Clin. XII: 29, 1960.
10. Salm, R.: *Gastric fibroma with eosinophilic infiltration*. Gut. 6: 85, 1965.
11. Chávez Villasana, A., Rivera, A., Báez Villaseñor, J.: *Linfoma maligno*. Rev. Invest. Clin. VII: 158, 1955.
12. Chávez Villasana, A., Rivera, A., Báez Villaseñor, J.: *Linfoma maligno*. Rev. Invest. Clin. VII: 323, 1955.
13. García-Alonso, H.: *Linfoma gástrico, algunas consideraciones anatomoclínicas*. Gastroenterología de México. 26: 219, 1961.
14. Anderson: *Pathology*. The C. V. Mosby Company. St. Louis, 1958. Pág. 823.
15. Berg, J. W.: *Histological aspects of the relation between gastric adenomatosis polyps and gastric cancer*. 11: 1149, 1958.

16. Hay, L. J.: *Polyyps and adenomas of stomach*. Surgery. 33: 44, 1953.
17. Joly, D., McNeer, G.: *The clinical significance of small polypoid tumors of the stomach*. Bull. N. Y. Acad. Med. 35: 328, 1959.
18. Kelin, H. C., Geller, J. S.: *Gastric polip to gastric carcinoma*. Gastroenterology. 17: 442, 1951.
19. Hernández de la Portilla, R., Ramos Zavala, C.: *Notas acerca de un caso de síndrome de Peutz-Jeghers*. Rev. Invest. Clin, XI: 345, 1959.