

RELACION EXISTENTE ENTRE EL TIPO DEL CARCINOMA GASTRICO, SU OPERABILIDAD Y SU PROGNOSTICO *

Por ALLEN O. WHIPPLE y THEODORE S. RAIFORD

Del Departamento de Cirugía de la Universidad de Columbia y del Servicio de Cirugía del Hospital Presbiteriano de Nueva York.

Para poder intervenir con máximas garantías en el carcinoma gástrico requiérese reconocer y apreciar de antemano todos los factores y circunstancias relacionados con la historia clínica de la lesión. Desde hace medio siglo que se practicó por primera vez la primera gastrotomía parcial con éxito en un estómago canceroso, se ha venido aplicando la intervención en casos semejantes, pero con resultados desalentadores en la mayor parte, de tal manera, que muchos clínicos consideran esta medida curativa con gran pesimismo. Aunque las estadísticas operatorias varían mucho entre sí, modificadas por distintos factores (habilidad del cirujano, cuidados preoperatorios y postoperatorios del enfermo, reconocimiento precoz de la lesión . . .), es curioso observar que, en los promedios numéricos de los resultados operatorios, obtenidos durante un período de observación de diez años de casos operados con éxito, las cifras indicadoras de que éste se ha obtenido son incomparablemente más bajas que las de mortalidad operatoria.

En este artículo estudiaremos los factores que influyen en la detención del proceso canceroso después de una intervención feliz, utilizando para nuestro estudio los datos de 95 resecciones de estómagos carcinomatosos, practicadas durante 24 años en el Hospital Presbiteriano.

La clasificación de los distintos tipos anatomopatológicos de carcinoma gástrico suele ser bastante difícil a causa de su polimorfismo. Muchos de los términos histológicos, fundados en el examen microscópico de las lesiones, de uso corriente en la medicina, son absolutamente incorrectos, sin suficiente concisión y precisión de significado, fáciles, por con-

* Extracto de una conferencia pronunciada ante la Academia de Medicina de Toronto, el 7 de febrero de 1933, y en la Escuela de Medicina Tropical de San Juan de Puerto Rico, en el mes de marzo del mismo año. El trabajo será publicado íntegramente en el tomo de *Cirugía, Ginecología y Obstetricia* del aniversario de Kanavel.

Recibido para su publicación el 26 de junio de 1933.

siguiente, de ser mal interpretados por la profesión médica. Para simplificar la discusión hemos dividido los carcinomas, en tres grandes tipos:

1. Tipo *fungoso, vegetativo*, que tiende más a crecer dentro de la cavidad gástrica que a infiltrar las paredes. El 23 por ciento de nuestros 95 casos pertenecen a este tipo, con frecuente localización en la capa media.

2. Tipo *ulcerativo*, que crece a expensas de la pared y de la cavidad gástrica, con notable ulceración. En nuestros casos pertenecen a este tipo el 30 por ciento, localizados la mayoría en el antrum.

3. Tipo *infiltrativo*, que por lo general se limita a las paredes de la víscera, creciendo e invadiendo difusamente las diferentes capas, dando lugar, en ocasiones, a una forma carcinomatosa conocida por *limitis plástica*, con ulceración secundaria algunas veces. Este tipo infiltrativo resultó el más frecuente (47 por ciento), en nuestros casos, con localización en el píloro o en la cavidad las más de las veces.

El grado de malignidad tumoral hubo que determinarlo por deducción y es por tanto incorrecto, pero en ciertos casos sirve de alguna ayuda para la clasificación cuando se usa como base de comparación. Nuestro método es puramente arbitrario, debiendo advertir que nuestros casos representan solamente tipos relativamente individualizados de malignidad. Los siguientes puntos nos han servido para la clasificación.

I. Grado de diferenciación celular.

II. Actividad celular, demostrada por el tamaño, forma y tipo de las células dentro del mismo tumor.

III. Poder de invasión celular.

IV. Consistencia tumoral deducida por la tendencia de las células a conglomerarse en masas.

V. Presencia y extensión de las metástasis.

Estos puntos nos sirvieron para clasificar con bastante aproximación las relaciones existentes entre los distintos tipos tumorales, su grado de crecimiento y el resultado del tratamiento (véase tabla I). Los de tipo fungoso entraron por lo general dentro de los grados II y III. Casi todos los infiltrativos resultaron de los grados III y IV, mientras que los ulcerativos se distribuyeron, en partes aproximadamente iguales, entre los grados II, III y IV. El pronóstico resulta asimismo peor cuanto más alto es el grado de malignidad;

los de tipo infiltrativo son los más malignos, y más benignos los neoplasmas fungosos.

No queremos discutir ahora en detalle las relaciones existentes entre la úlcera y el carcinoma gástrico. Seis de nuestros casos, sin embargo, parecieron, de acuerdo con la opinión corriente, haber padecido con anterioridad de úlcera, sobre la cual se implantó después el cancer, siendo de notar que todos los seis casos, menos uno, tuvieron metástasis, en ninguno la mejoría duró más de seis años, y cuatro fueron clasificados en el grado IV. La mayoría de los casos fueron de tipo infiltrativo, cuyo grupo, aunque da un porcentaje relativamente pequeño entre toda la serie, debe considerarse, sin embargo, como de malignidad muy grave y el más difícil de tratar.

En lo que se refiere al tratamiento quirúrgico hay que tener en cuenta ciertas circunstancias; la primera de las cuales es el juicio clínico preoperatorio, fundado en la historia del caso y en los signos físicos que nos suministra el médico de cabecera, en la interpretación de la radiografía por el radiólogo y en los datos de laboratorio que encuentra el patólogo. La determinación del tipo y grado de malignidad antes de la operación es de este modo difícil, pero una cuidadosa consideración de todos los factores puede ayudarnos mucho en la indicación del tratamiento subsiguiente de la enfermedad. Así, por ejemplo, cuando existen hemorragias y dolor habremos de pensar en la existencia de ulceraciones; si hubiere grandes masas palpables, de fácil movilidad, pensamos en los tumores de tipo fungoso; una historia previa de úlcera de larga duración nos sugiere la posibilidad de un carcinoma de gran malignidad. Pero la prueba decisiva en lo que a esto último se refiere nos la dan los rayos X. En la mayoría de los casos podemos con este sólo medio formular el diagnóstico y determinar el tipo de lesión a que pertenece, y, en ocasiones, con bastante anterioridad a que se manifiesten los signos clínicos. Por eso Golden sugiere, como criterio clínico para el diagnóstico precoz del carcinoma gástrico, tener presente estos tres signos:

1. Interrupción de las ondas peristálticas en la curvatura inferior.
2. Obliteración de los pliegues de la mucosa.
3. Presencia de una sombra crateriforme, en caso de úlcera, que al cabo de un período de dos o tres semanas de

una dieta apropiada, permanece estacionaria, sin disminuir de tamaño.

La aclorhidria, considerada ha largo tiempo como un signo patognomónico en todos los carcinomas del estómago, se ha podido comprobar que no existe sino en 50 por ciento de los casos. Es, sin embargo, de mucha más significación el que la aclorhidria sea bastante frecuente en el carcinoma de tipo fungoso, teniendo, por consiguiente, mayor importancia pronóstica.

El juicio pronóstico postoperatorio puede formularlo el cirujano después de observar la tumoración *in situ*, con sus complicaciones ascíticas, metastásicas, obstrusivas, etc., y el anatomopatólogo que puede cerciorarse de una manera más meticulosa del comportamiento de las células malignas. Los tumores que se acompañan de ascitis, implantaciones peritoneales o nódulos hepáticos son, desde luego, inoperables. La invasión de los ganglios linfáticos no constituye una contraindicación operatoria absoluta, aunque ello, naturalmente, agrava el pronóstico. Obsérvase a veces que algunos ganglios, intensamente invadidos al parecer, resultan, al examinarlos al microscopio, simplemente inflamados e hiperplásicos. Lo mismo sucede cuando las serosas están invadidas, lo cual no siempre significa que haya de formularse un pronóstico desesperado. Algunos carcinomas, tales, sobre todo, los llamados coloides, tienen cierta tendencia a invadir la serosa antes de extenderse al sistema linfático.

El signo más seguro para la formulación de un pronóstico son las metástasis linfáticas evidentes. En ninguno de los casos en que el proceso se detuvo por espacio de 5 ó 10 años existían invasiones ganglionares, y, por el contrario, ninguno de los casos en que se encontraron verdaderas metástasis duraron más de 29 meses después de la gastrotomía. Debe, sin embargo, tenerse en cuenta que la presencia de una tumoración secundaria en un ganglio no es un signo seguro para juzgar el grado de malignidad del carcinoma, pues los de menor malignidad habrán indudablemente de manifestar procesos metastásicos si se les abandona bastante tiempo, mientras que los tumores más malignos dan lugar al mismo proceso en un período de tiempo mucho más breve.

Los resultados obtenidos con el tratamiento quirúrgico por sí solo, aunque no muy alentadores, sirven, no obstante, para demostrar que el cáncer del estómago *puede curarse*. Entre

los 22 casos que sobrevivieron a la operación y a los cuales se pudo observar después del tratamiento, 31.8 por ciento vivieron 10 años o algo más sin experimentar ninguna recaída. La mortalidad operatoria a pesar de todo deja mucho que desear: 34 por ciento entre todos los operados murieron antes de salir del hospital.

TABLA I
RELACIÓN EXISTENTE ENTRE EL GRADO, TIPO PATOLÓGICO Y RESULTADOS OPERATORIOS EN EL CARCINOMA GÁSTRICO

Grado	Tipo Patológico			Resultados			Total
	Fungoso	Ulcerativo	Infiltrativo	Bien, al parecer *	Muertos después de operados	Mortalidad recaídos**	
I.....	2	1	0	3	0	0	3
II.....	7	7	0	7	5	2	14
III.....	10	12	14	9	12	15	36
IV.....	3	11	28	1	14	27	42
Total....	22	31	42	20	31	44	95

* Incluimos en esta clasificación todos los casos que sobrevivieron a la operación sin manifestar signos de recaída y sin que tuviesen ningún nódulo linfático invadido. Entre estos 20 casos, 13 vivieron 3 años, 10, 5 años y 8 han vivido 10 años.

** En este grupo están comprendidos todos los casos que murieron de resultados de una reproducción del tumor y aquellos en que la invasión ganglionar enmascaró y dificultó la extirpación completa de los tejidos cancerosos. De los 44 casos, 33 murieron después de una recaída; 11 casos metastásicos están viviendo desde hace poco menos de un año que se les operó, algunos de los cuales presentan signos de recurrencia maligna.

DISCUSIÓN

La clasificación de los carcinomas gástricos en tipos patológicos y grados de malignidad es, desde luego, inexacta. Si se tienen en cuenta los datos preoperatorios y las observaciones en el acto de la operación, estudiándolos y comparándolos desde un punto de vista puramente crítico, puede, sin embargo, determinarse los resultados operatorios y el procedimiento operatorio más conveniente. En ambos casos el anatomopatólogo y el cirujano son los que pueden predecir el resultado final.

Hay dos grupos de carcinomas en que el diagnóstico precoz es extremadamente arduo: los de tipo infiltrativo, cuando se dan en un enfermo sin síntomas gastrointestinales precedentes y que solamente manifiestan vagos trastornos constitucionales como signo de su enfermedad. Los del segundo grupo son los pacientes con historia clara de úlcera gástrica en que apoyar un diagnóstico, en los que las manifestaciones malignas sobrevienen insidiosamente, cuando ya es muy tarde, dado el estado avanzado de la lesión, para que la intervención quirúrgica tenga éxito.

En nuestra opinión, la conducta clínica a seguir en esta enfermedad, de tan desastrosas consecuencias, debe adoptarse combinando las observaciones y opiniones del médico de cabecera, el cirujano, el radiólogo y el anatomopatólogo, de tal manera que pueda formularse un diagnóstico lo más tempranamente posible. Para ello hay que valorar en todos sus aspectos la historia clínica del presunto carcinomatoso, sin descuidar el más mínimo detalle desde el momento en que se manifiesta, y, después de la operación, es el anatomopatólogo el que puede, con el órgano diseccionado a la vista, formular el pronóstico más preciso.

R. L. trad.