

Carcinoma Gástrico: Sobrevida Post-Gastrectomía Total de Cinco Años

Presentación de un Caso

Por

Dr. Leonidas Poveda Estrada * **Dr. Gabriel Barrantes Zeledón ****

Desde tiempos de Hipócrates ya se sospechaba el carcinoma gástrico, sin embargo; fue hasta el año 1761 cuando Morgagni hizo una descripción interesante del padecimiento y años más tarde en 1812, Laennec describió el padecimiento en una excelente monografía.

De los tumores malignos del aparato digestivo es el más frecuente, y, sin lugar a dudas, la enfermedad orgánica más grave del estómago. El sitio de implantación más frecuente es la región del antro pilórico, en la que probablemente se observan más de la mitad de los casos; el resto se implanta sucesivamente en la curvatura menor y en el cardias. En la estadística de Werthermann, el 50% de los carcinomas del estómago asientan en la región antropilórica, el 27% en la curvatura menor y el 13.5% junto al cardias.

Respecto al carcinoma gástrico se ha dicho que "lo importante es la posibilidad de establecer un diagnóstico temprano que dé oportunidad a un tratamiento radical". Por desgracia, en la actualidad es muy difícil lograr esa meta, debido a la intervención de muchos factores que ocasionan que el diagnóstico se establezca tardíamente, cuando el enfermo es ya inoperable.

El cuadro clínico es, desde luego, uno de los principales factores que impiden un diagnóstico precoz, porque frecuentemente

* Departamento de Cirugía Hospital Central Caja Costarricense Seguro Social.
— Cirujano Instituto Nacional de Seguros. — Ex-Jefe Clínica Cirugía Hospital San Juan de Dios.

** Residente de Cirugía Hospital Central Caja Costarricense Seguro Social.

es mal definido e insidioso, haciendo que el enfermo preste poca importancia a sus molestias, hasta que síntomas más elocuentes hacen su aparición, y es entonces cuando el paciente recurre por primera vez al médico. Los síntomas iniciales se refieren a molestias vagas en el epigastrio que no tienen nada de característico. La mayoría de las veces, los síntomas generales preceden a los fenómenos digestivos, y son de una importancia extraordinaria en el cuadro clínico de muchos pacientes.

El hallazgo de un cáncer gástrico implica siempre un pronóstico grave; basta con mencionar que de cada 100 enfermos, solamente recurren al médico; de estos sólo son operables 40 y únicamente el 15% de éstos últimos sobreviven cinco años después de cirugía radical. Sobra decir que en la actualidad, la extirpación quirúrgica es el único medio que ofrece la posibilidad de curación radical del carcinoma del estómago.

Por ser en nuestro medio pocos los casos conocidos de supervivencia de cinco años, después de gastrectomía total por carcinoma gástrico, se hace la presente comunicación y relación de un caso de un paciente de sexo masculino (A. A. C.) quien a la edad de 62 años fue llevado a cirugía y sometido a tratamiento radical.

Se trata de un individuo de hábito asténico, quien en la Navidad de 1960, ingresó al Hospital San Juan de Dios en estado de anemia aguda y después de 4 días con hematemesis repetida de sangre oscura al inicio y luego fresca y rutilante, además de melena persistente.

Dos años atrás había acudido a la Consulta de Gastroenterología en forma irregular, quejándose de dolor epigástrico ardoroso, irradiado a ambos hipocóndrios y región retroesternal en relación directa con la ingesta de alimentos sólidos, y disminución del dolor con dieta láctea; sensación de pesantez abdominal, eructos y estado nauseoso.

Un año antes del ingreso que motivó la cirugía, estuvo internado por las mismas molestias descritas líneas atrás, y después de múltiples estudios que comprendieron radiología y pruebas de laboratorio especializadas, fue dado de alta con diagnóstico de úlcus péptico y se instituyó tratamiento médico.

Meses después de haber salido del Hospital notó disminución progresiva del peso corporal y anorexia marcada. Entre los antecedentes de importancia se anotó: gran bebedor de licor, tabaquismo, etc., etc., y cuadros bronquiales de repetición.

Después de aplicar transfusiones sanguíneas no se logró subir los niveles de hemoglobina arriba de 7 gramos por 100 cc., debido a la hematemesis y melena persistentes, por lo que después de practicar serie gastroduodenal de urgencia, que mostró imagen saliente de aspecto de nicho ulceroso en cara posterior de tercio superior de estómago, se decidió someterlo a cirugía para gastrectomía.

Los hallazgos operatorios fueron: a lo largo de la curvatura mayor, a 5 cms. de píloro, una tumoración que corresponde a hipertrofia de la mucosa que hace relieve sobre el resto de la superficie y que mide 2 cms. de longitud. Además se encuentra una úlcera situada 2 cms. por abajo del cardias en cara posterior y cerca de la curvatura menor.

Se practicó gastrectomía total, resección en bloque del epiploon, mayor y menor y esplenectomía, con anastomosis término lateral esófago-yeyunal y anastomosis yeyuno-yeyunal de Braun.

El reporte del estudio llevado a cabo por el patólogo fue: porción de estómago de 20 cms., que en la curvatura menor, a 11 cms. del margen de resección duodenal, muestra úlcera redonda de 8 mms., de diámetro de bordes cortados a pico, a este nivel la serosa muestra una zona engrosada de color blanco

Microscópicamente: la úlcera post-cardial muestra necrosis de la mucosa y su fondo está cubierto por exudado fibrinopurulento, bajo el cual hay tejido fibroso dentro que reemplaza al muscular. La zona de engrosamiento de la pared gástrica antro-pilórica, de 4 cms. de diámetro, en una porción ulcerada superficialmente de 1 cm. de diámetro, que al examen histológico muestra ulceración de la mucosa vecina por proliferación difusa de células con núcleo irregular, algunas de aspecto "anillo de sello"; en esta zona, la submucosa está engrosada por fibrosis e infiltrado por hileras irregulares con núcleo oscuro y citoplasma escaso. Diagnóstico: carcinoma infiltrativo ulcerado localizado al antro pilórico; ulcus péptico alto.

La evolución post operatoria fue normal y los controles radiológicos cada 6 meses durante los dos primeros años revelaron buen funcionamiento de la boca anastomótica.

Los últimos estudios radiológicos de tracto digestivo, practicados con un año de diferencia, en junio de 1965 y 1966, revelan un pasaje normal de bario a través del esófago el cual se vacía directamente en asas yeyunales mostrando la imagen de una

gastrectomía total. Las asas del yeyuno muestran marcado engrosamiento de los pliegues mucosos; no se aprecia obstrucción en el trayecto de dichas asas.

El último hemograma reveló hemoglobina 12.3 gms/100 c.c. y hematocrito de 42.

Es necesario hacer notar que en Mayo de 1965 presentó cuadro neumónico derecho severo complicado de absceso pulmonar que se resolvió médicamente; sin embargo, ante la persistencia de una zona de condensación en lóbulo superior y con la sospecha de que se tratara de un proceso neoplásico, y después de broncoscopia y lavado bronquial negativos, se practicó toracotomía y toma de biopsia de la lesión que histológicamente fue reportada como fibrosis.

Resumen: se presenta un caso de gastrectomía total por carcinoma de la región antro pilórica de tipo infiltrativo que tiene más de 6 años de sobrevida y que actualmente está en buenas condiciones tanto clínica como radiológicamente.
