

Conducta Quirúrgica ante los Pólipos Gástricos y su Degeración

(INFORME DE 6 CASOS)

Por

Dr. Juan Jaramillo A. *

Los tumores benignos del estómago tienen una frecuencia en relación al total de tumores gástricos incluyendo carcinomas, del 2% al 5%. (7, 11, 12).

En el Hospital Central del Seguro Social, de un total de 301 pacientes portadores de tumores gástricos intervenidos, 288 (96%) se encontraron malignos y 13 (4%) benignos. De estos, 6 casos eran pólipos adenomatosos y es sobre este tipo de lesión y su transformación maligna que nos referiremos en el presente trabajo.

CONSIDERACIONES GENERALES

El pólipo adenomatoso es el tumor gástrico benigno más frecuente, (1, 13) los tumores benignos epiteliales gástricos pueden ser simples adenomas o ser mixtos (adenofibromas), según estén constituidos por la proliferación simple de los elementos epiteliales o glandulares de la mucosa o coexista la de tejido conjuntivo de sostén del corión. Unos y otros son los considerados pólipos gástricos, aunque desde luego clínicamente suelen denominarse pólipos a todos los tumores pediculados sea cual fuere su moriología histológica (neoplásica o inflamatoria).

Pueden ser solitarios o múltiples llegando inclusive a dar una poliposis gástrica difusa pero encontrándose limitados exclusivamente al estómago o bien estar generalizados a otras partes del tubo digestivo constituyendo una poliposis generalizada.

Suelen ser de tamaño reducidos, de consistencia blanda o semidura si son mixtos, de color aproximadamente igual al de la

* Del Servicio de Cirugía General del Profesor Dr. Manuel Aguilar Bonilla, Hospital Central del Seguro Social.

mucosa gástrica normal, aunque a veces son multilobulados o con aspecto alambuesado denominándoseles entonces papilomas, su tamaño va de 2 a 3 cms., en la mayoría de los casos aunque puede ser más grande. (4, 8, 19).

Su localización más frecuente es la zona antro pilórica, por lo que son causa frecuente de síntomas de estenosis pilórica. (17) Rosato y Noto (15) en una revisión de 40 enfermos portadores de pólipos gástricos en el Hospital de la Universidad de Pennsylvania encontraron que el 51% estaban situados en la región prepilórica, (incluyendo el antro), 37% en el cuerpo gástrico y los restantes en el fundus y otras porciones del estómago.

Es frecuente la asociación de pólipos y aclorhidria con o sin anemia. Todos los autores están de acuerdo y coincide con nuestra experiencia el hecho de la franca tendencia a la degeneración maligna de estos pólipos (1, 2, 3, 5, 6, 8, 9, 10, 14, 15, 16, 18).

CUADRO CLINICO

No hay signos o síntomas patognomónicos de estos tumores, el curso clínico depende del tamaño, de si está cerca del píloro y puede producir obstrucción, de si hay ulceración de su evolución lenta de años sin afectar el estado general suelen pasar inadvertidos hasta que llaman la atención general. suelen pasar inadvertidos hasta que llaman la atención generalmente de forma casi espectacular por algunas de las complicaciones señaladas.

La hemorragia que provocan puede manifestarse por anemia secundaria sin datos de sangrado franco y sólo por guayacos positivos o por melena o inclusive aunque raro por hematemesis. (18) El origen de estas pérdidas hemáticas bruscas consiste en la erosión de la mucosa elevada por el crecimiento del tumor y es de tipo hipocrómica microcítica, sin embargo existe a veces una anemia que reviste los caracteres de la anemia perniciosa y que pareciera estar asociada a la aclorhidria y atrofia de la mucosa gástrica que ocasionalmente presentan estos pólipos.

Estenosis pilórica; el crecimiento de los tumores polipoideos en el píloro o su insinuación si son prepilóricos y el peristaltismo los empuja hacia ahí, puede dar este cuadro, esta obstrucción suele ser intermitente y parcial motivando un síndrome pilórico recurrente (dolores abdominales altos tipo cólicos, de aparición brusca, vómitos, íleo paralíticos, dilatación gástrica, sangrado, etc.)

Su transformación maligna da toda la gama sintomatológica que el cáncer gástrico es capaz de dar, anorexia, pérdida de peso, anemia, dolor epigástrico, astenia, etc. La radiología proporciona datos muy importantes para el diagnóstico. La serie gastroduodenal informa de un defecto de repleción en forma de imagen lacunar ovalada o redonde de contornos lisos bien delimitados, no existen rigideces, el peristaltismo se conserva normal y los pliegues gástricos son normales en todo el estómago. Para estos casos es ideal el estudio de relieve de la mucosa gástrica con una fina capa de bario, una característica del tumor es su desplazamiento a la fluoroscopia o en las diversas placas.

Gastroscofia: Es un método exploratorio que puede darnos el diagnóstico si logra visualizar el tumor, al mismo tiempo informa de su situación, su número y los caracteres de benignidad que le son característicos si no están degenerados, como sería, el aspecto normal de la mucosa que los recubre, si la formación poliposa emerge entre los pliegues gástricos sin modificar su estructura, si están bien delimitados, si el peristaltismo es normal en esa zona de implantación del tumor.

DIAGNOSTICO

El diagnóstico de estos tumores se basa exclusivamente en los datos roentgenianos a gastroscópicos enumerados, la clínica difícilmente puede hacernos sospechar este diagnóstico.

TRATAMIENTO

Es esencialmente quirúrgico; como es imposible determinar con exactitud clínicamente o por examen radiológico o endoscópico la degeneración in situ de un tumor, es necesario extirparlos siempre y someterlo a estudio anatomopatológico.

Aunque algunos autores recomiendan la extirpación local del pólipo por gastrotomía previa biopsia de congelación que no señale malignidad, creemos que la resección gástrica (gastrorectomía) es preferible, dada la inseguridad anatomopatológica de un corte de congelación y por la eventualidad tan frecuente de la degeneración maligna posterior de la mucosa de la base del pólipo.

Roxburgh (16) reporta que en el 21% de los supervivientes a una polipectomía por pólipo gástrico se desarrolló carcinoma posteriormente.

PRESENTACION DE CASOS

En el Hospital Central del Seguro Social, el 4% de los tumores gástricos son tumores benignos, y de estos el 46% (6 casos) eran pólipos adenomatosos, con lo cual ocupan el primer lugar entre dicho tumores benignos respecto a frecuencia.

La relación en sexo fue de 5/1 (hombre-mujer), la edad mínima 27 años y la máxima de 71 años con un promedio de edad de 50 años. Antecedentes familiares de cáncer gástrico se demostró sólo en un caso. Tres eran del grupo sanguíneo A y tres del grupo O.

El tiempo de evolución de sus molestias varió de 15 años en un caso a 2 años en el de menor tiempo de evolución. Dolor epigástrico apareció en todos los casos, siendo de tipo ardoroso en dos y en los restantes punzitivo o cólico. Pérdida de peso en tres casos, anorexia en dos, meteorismo en tres, náuseas y vómitos en tres, diarrea en un caso. Todos los pacientes presentaron anemia que fluctuó de 11 gm. en el más alto a 6 gm. el más bajo, en dos casos fue macrocítica, en los restantes microcítica. Melena en tres casos. Aclorhidria empleando histamina pero sin estímulo máximo, en los tres casos en que se efectuó esta prueba.

La radiología informó de lesión de tipo poliposa en cuatro casos, uno de estenosis pilórica y en el restante de tumor gástrico (cáncer), fue pues positiva de dar datos en el 100%.

En tres casos existía únicamente un pólipo, en los otros tres habían tres o más, en cada caso, el tamaño fluctuó de 1 cm mínimo a 6 cm. máximo de diámetro. La localización fue en el antro pilórico en 5 casos y en la curvatura menor parte inferior de la porción vertical 1 caso. 4 de los 6 casos presentaron cambios degenerativos de tipo adenocarcinoma lo que da una incidencia de transformación maligna del 66%. Únicamente en dos casos eran absolutamente benignos.

Uno de los casos en que se extirpó un pólipo prepilórico reportado como benigno y se practicó antrectomía con vaguectomía pues además se sospechaba una úlcera duodenal, reingresó cuatro años más tarde con un adenocarcinoma en el muñón gástrico residual, lo cual habla en favor de lo señalado por RovBurg (16).

Sobrevivida: tres de los enfermos han fallecido después de 3, 4 y 4½ años de operados, uno de ellos por una tuberculosis peri-

toneointestinal, los otros dos por recidiva del tumor. De los tres restantes, uno tiene más de 5 años de operado de los otros dos se desconoce su sobrevida.

RESUMEN Y CONCLUSIONES

De un total de 301 enfermos portadores de tumores gástricos operados, 288 (96%) se encontraron malignos y 13 (4%) benignos, de estos 6 casos (46%) de los benignos eran pólipos adenomatosos.

El tumor benigno más frecuente en nuestro medio es el pólipo adenomatoso y su porcentaje de transformación maligna uno de los más altos que se pueden encontrar en la literatura médica a este respecto (66%), aunque debemos reconocer que el número de casos es reducido como para darle valor estadístico definitivo.

Los síntomas principales fueron: dolor epigástrico, anemia con o sin melena, pérdida de peso, meteorismo, vómitos y ictericia.

El diagnóstico radiológico tiene gran valor en cuanto a diagnosticar el pólipo, lo mismo el endoscópico si se lleva a cabo; sin embargo únicamente el estudio anatomopatológico puede indicarnos con seguridad el carácter benigno o maligno del pólipo.

La terapéutica debe ser siempre quirúrgica, recomendamos la resección gástrica amplia (gastrectomía subtotal) en vez de la extirpación local, por el peligro de degeneración posterior de la mucosa gástrica próxima a la base del pólipo. esto es para los casos de pólipos únicos o múltiples situados en la región antro-pilórica o del cuerpo y que son los más frecuentes, aproximadamente el 90%.

En apoyo de esta conducta se presenta un caso de esta serie que presentó inclusive después de una antrectomía, carcinoma en el muñón gástrico residual.

En caso de pólipos únicos benignos cercanos al cardias, se puede efectuar extirpación local amplia especialmente de su base. si la biopsia de congelación es negativa a malignidad, y posteriormente controles radiológicos periódicos, ya que la morbilidad y mortalidad de una gastrectomía total o gastrectomía subtotal superior con gastro-esófago-anastomosis nos hacen dudar si estas técnicas serían las indicadas en estos casos.

En casos de Poliposis difusa del estómago la operación a efectuar es la gastrectomía.

BIBLIOGRAFIA

- 1.—ACKERMAN L. V.: Stomach. Surgical Pathology. Third ed, the C. V. Mosby C. 10-377. 1964.
 - 2.—ANDERSON W. A. D.: Gastrointestinal Tract. Pathology. The C. V. Mosby C. fourth ed, 27:782-784, 1961.
 - 3.—BOWDEN, L.: Adenocarcinoma in Small Gastric Polyp. Cancer, 15:468, 1962.
 - 4.—CARLSON, E. and WARD, T. G.: Surgical Consideration in gastric polyps. Sur., Gynec. & Obst. 107:727. 1958.
 - 5.—D. AMOURS B.: Adenomatous Polyps of the Stomach. Canada M. A. J. 89, 23: 1964.
 - 6.—EDWARDS R. V. and BROWN, C.: Benign Gastric Polyps and their Relation to Carcinoma of the Stomach. Gastroenterology, 16:531. 1950.
 - 7.—EUSTERMAN G.: Tumores Benignos del Estómago. Tratado de Gastroenterología (J. Nasio). Salvat Ed. 1-ed. Tomo -, 57-764. 1962.
 - 8.—HAY L. J.: Surgical Management of Gastric Polyps and adenomas. Surgery, 39: 114. 1956.
 - 9.—HUPPIER, S. G., PRIESTLEY J. F., MORLOCK, C. G. and GRAGE, R. P.: Diagnosis and results of treatment in Gastric Polyps. Surg. & Obst. 110; 309, 1960.
 - 10.—MONACO A. P., ROTH S. I., CASTLEMAN B. and WELCH L. C.: Adenomatous Polyps of Stomach. Cancer, 15: 456-467. 1962.
 - 11.—MARSHALL F. S.: Gastric Tumors other than Carcinoma. Surg. Clin. N. Ame. 35, 693-702. 1955.
 - 12.—MARSHALL, F. S. Tumors of the Stomach. Christophers Textbook of Surgery. Sevent Edition. W. B. Saunders C. 620-622. 1960.
 - 13.—PACK G. T. and ARIEL I. M.: Benign Tumors of the Stomach (By David S.) Treatment of Cancer and Allied Disease. Paul B. Hoeber, Second edition. Vol. V. 7. 95. 1962.
 - 14.—ROBBINS S. L.: Stomach. Textbook of Pathology. W. B. Saunders. Second ed. XXI. 653-669, 1962.
 - 15.—ROSATO F. E. and NOTO J. A.: Gastric Polyps. American Journal of Surgery. Vol. III, Nº 5. 647. May. 1966.
 - 16.—ROXBURG R. A.: The case for total gastrectomy in multiple poliposis of the stomach. GUT. 3:224, 1962.
 - 17.—ROSS J. R.: Diagnóstico Diferencial de lesiones gástricas. Cl. Qui. N. Ame. 611. Jun. 1964
 - 18.—TACHDJIAN V.: Benign tumors of the Stomach. Gastroenterology. H. L. Bockus. W. G. Saunders C. Vol. 1, 35, 817-834, 1963.
 - 19.—YARNING H. MARSHAT R. H. and FRIEDMAN A. J.: Gastric Polyps, J. A. M. A. 148; 1088, 1952.
-