

Falso Divertículo Gigante y Carcinoma Gástrico con 5 años y medio de supervivencia

Dcs: J. Berrocal, Esteban López,
R. Céspedes, Odilón Brenes, Carlos
De Céspedes y N. Conejo.

Paciente: G. A. Q., masculino, de 58 años, jornalero, que en 1945 inició su padecimiento con dolor epigástrico leve, sensación de plenitud, fermentación de los alimentos en el estómago y regurgitaciones alimenticias, molestias que desaparecían con la ingestión de bicarbonato, para reaparecer en la próxima comida.

En mayo de 1945 ingresó al Hospital San Juan de Dios con un cuadro agudo caracterizado por vómitos, intenso meteorismo abdominal y fiebre. Clínicamente es catalogado como proceso suboclusivo intestinal y cedió con tratamiento médico en 11 días.

Seis meses después, vale decir en noviembre del año 45, reingresó por haber notado aumento de volumen abdominal en la región epigástrica, inapetencia y enflaquecimiento acentuados, meteorismo, deposiciones negras y fiebre. Al examen físico: pálido, enflaquecido, febril de 38,9°C, pulso 100, extrasístoles aisladas, síndrome de condensación pulmonar supra escapular derecho. Abdomen globuloso, con resistencia generalizada que dificultó la exploración. Se hizo el diagnóstico provisorio de hepatitis y anemia de tipo pernicioso.

Los exámenes de laboratorio revelaron: orina, Kahn y heces negativos; recuento: 2.000.000 de eritrocitos con 30% de hemoglobina; 6.200 blancos con 64 polinucleares, 7 eosinófilos, 26 linfocitos y 3 monocitos. Hematócrito: 17,3; índice de color 0,75; índice de volumen 0,85, índice medio de volumen 85 micras cúbicas, índice de saturación 0,88.

Permaneció hospitalizado 40 días siempre febril con temperatura en agujas de hasta 39°.

Durante la evolución se constató la existencia de líquido ascítico y por punción se extrajeron 2 y 1/2 litros de líquido espeso y fétido cuya primera porción fué color café, en tanto que la final era verdosa; el laboratorio reveló en este líquido escaso, pus y ausencia de otras células.

El estudio radiológico gastroduodenal (placas 7562.63), demostró un defecto de repleción redondo, neto, en sacabocado del tamaño de una mandarina situado en la región antropilórica.

(*) Servicios de: Cirugía, Radiología, Anatomía Patológica del Hospital Central de la Caja Costarricense de Seguro Social y Sucursal de Atajuela.

Aspecto de neoplasma avanzado. Sombra cardíaca aumentada.

Compresión del estómago hacia arriba y oscurecimiento del abdomen que da el aspecto de líquido ascítico abundante.

Con estos antecedentes se estimó en clínica que el caso era muy avanzado y se le dió de alta con el diagnóstico de carcinoma gástrico, advirtiendo a la familia que el caso era muy grave, con esperanzas de sobre-vida por unos 6 meses solamente. En su casa continúa en el mismo estado, alimentándose exclusivamente con líquidos y 2 yemas diarias. Un año después de salido del Hospital notó una tumoración epigástrica que meses después descendió a la región umbilical; persistió con la dispepsia de meses antes y fiebre. Además, brotes diarreicos alternados con períodos de constipación.

Cansado de sus molestias y en la esperanza de encontrar siquiera algo de alivio, en junio de 1951, o sea 6 años después del comienzo de sus molestias, decidió consultar en la Sucursal de Alajuela de la Caja de Seguro, de donde fué remitido al Hospital Central por la existencia de una tumoración palpable en el abdomen y con el diagnóstico provisional de quiste del mesenterio.

Al examen físico, enflaquecido, piel seca, pelagroide. Abdomen: se palpa tumoración prominente de más o menos 15 cm. de diámetro, renitente, desplazable hacia los lados y hacia arriba, pero no hacia abajo, lisa y situada en la región umbilical. Es indolora y no parece continuarse con el hígado u otras vísceras.

Exámenes de laboratorio: orina, heces negativos. Recuento: 3.700.000 rojos, con 64% de hemoglobina, 6.500 blancos en la fórmula llama la atención 12 eosinófilos por ciento.

Estudio radiológico digestivo, 7 de junio de 1951: Marcado defecto de llenamiento en el fondo gástrico, ovalado, de bordes regulares y del tamaño de un huevo de gallina; impresión radiológica de tumor benigno a ese nivel, por la regularidad de los contornos.

Enema opaco: elongación del cuadro cólico que parece rechazado hacia los lados por masa grande central, no adherente al intestino.

En clínica se interpretó el defecto de llenamiento gástrico como compresión extrínseca debido a tumor y se procedió a intervenir al enfermo con el diagnóstico preoperatorio de quiste del mesenterio.

En la operación se encontró: un tumor redondeado del tamaño de una cabeza de niño, de aspecto quístico, situado en la trascavidad de los epiploes. El extremo superior de la masa parece introducirse en el estómago de donde pende.

Se palpa dentro del estómago una tumoración dura en relación con la zona de implantación de la masa.

No hay infiltración ganglionar.

El epiplón y mesocolon transverso adhieren firmemente al tumor.

Se extirpan en un sólo bloque las $\frac{3}{4}$ partes distales del estómago con la masa tumoral, el epiplón mayor y 20 cm. del colon transverso que por la disección quedó mal irrigado.

Examen anatomopatológico: "Pieza que comprende la mitad distal del estómago, el epiplón mayor y un trozo de colon.

Abierto el estómago por la curvadura mayor se constata lo siguiente: hay una eminencia en la cara posterior del estómago, cubierta por mucosa y que sobresale en la cavidad del órgano. Hacia el vértice de la eminencia que en total mide 5 cms. de diámetro, existen dos cráteres de 5 mms. de diámetro cada uno.

Por ambos cráteres se penetra al interior de una gran masa de 16 cms. de diámetro, formada por una pared dura de 12 mms. de espesor y que contiene líquido grumoso, gris cremoso en cantidad de 800 cc. Esta gran masa hace cuerpo con la pared posterior gástrica y pende por detrás del estómago; por la superficie exterior es lisa, con algunas adherencias fibrosas; por la superficie interna presenta aspecto granulomatoso.

La zona en que la masa hace cuerpo con el estómago corresponde a la eminencia antes descrita en el interior de la cavidad gástrica; el corte a ese nivel demuestra que existe un tejido sólido, friable; a través de este tejido es que la cavidad gástrica y la cavidad de la masa retrogástrica comunican, saliendo por los cráteres antes descritos, pero sin que evidencie conducto a ese nivel; más parece que sea un trayecto excavado en el tejido.

El epiplón macroscópicamente sin lesiones; igualmente el colon.

Examen histológico: A) Muestra tomada en la pared de la formación quística: revela por la superficie interna masas necróticas y tejido granulatorio; las capas más externas están formadas por tejido fibroso denso de haces paralelos, con algunos vasos bastante bien desarrollados. B) Muestra tomada en el solevantamiento que hace eminencia con la cavidad gástrica: revela de una parte la mucosa que cubre en forma bastante regular el solevantamiento, hasta un punto cerca del vértice en que las glándulas, se hacen desordenadas, aparecen algunas dilatadas, con elementos hipercromáticos y acumulando secreción.

Por debajo de la mucosa es posible identificar la muscularis mucosae; el resto de las capas en profundidad está ocupado por un tumor el cual presenta un parénquima glandular con formaciones a veces papilares de epitelio cilíndrico y otras veces

dando lugar a cavidades quísticas llenas de secreción y de aspecto mucoso.

El estroma del tumor está formado por tejido conjuntivo laxo con pequeños focos de infiltración linfocitaria.

En el espesor del epiplón se encontró un ganglio linfático de 12 mm. de diámetro, blanquecino, cuyo estudio histológico reveló ausencia de metástasis y un simple proceso catarral.

Conclusión: La gran masa redondeada es morfológicamente un falso divertículo (por carecer de capa muscular) que se abre en la pared posterior del estómago.

En el cono de abertura hay un tumor maligno de tipo adenocarcinoma grado II.

Diagnóstico: Falso divertículo gigante de la pared posterior gástrica. Adenocarcinoma en parte papilar grado segundo de inmadurez de Broders'.

(f. Doctor Céspedes).

El paciente evolucionó en muy buenas condiciones, cicatrizó por primera intención, reapareció el apetito y desaparecieron las molestias digestivas, dado de alta 12 días después de operado en muy buenas condiciones.

Comentario:

Paciente que a los 53 años tenía un padecimiento digestivo alto, gástrico, doloroso, que calmaba con alcalinos y se acompañaba de sensación de fermentación alimenticia y halitosis.

Se hospitalizó la primera vez a raíz de un estado infeccioso agudo, febril, acompañado de vómitos, anorexia y meteorismo.

Los médicos pensaron en síndrome pseudo oclusivo intestinal que cedió a tratamiento en 11 días y le dieron de alta.

Seis meses después, se hizo evidente en clínica un tumor abdominal con aspecto radiológico de neoplasma avanzado del estómago.

El cuadro fué observado en el Hospital por espacio de 40 días, fué febril en agujas y evolucionó con ascitis purulenta.

Desahuciado el paciente, evolucionó en su domicilio por 5 y $\frac{1}{2}$ años, notando descenso de la tumuración dentro del abdomen.

Cansado de padecer consulta de nuevo y se ha llegado a la hipótesis diagnóstica de quiste del mesenterio, con informe radiológico de tumor intragástrico benigno.

Se interviene y se encuentra un enorme divertículo de la pared posterior del estómago y carcinoma gástrico en la desembocadura del divertículo.

¿Cómo ocurrieron los hechos?

1º) En su primera hospitalización con síntomas de cuadro pseudo-oclusivo febril y antecedentes gástricos de tipo ulcerozo, consideramos que lo que ocurrió fué una perforación, sea ésta de una úlcera, o de un divertículo, pero con evolución tórpida del accidente.

2º) Seis meses después el proceso que lo llevó al Hospital, fué la úlcera o divertículo perforado en vías de organización; la sintomatología poco ruidosa se explica por ser un proceso de la retrocavidad epiploica.

La masa tumoral era y siguió siendo cavidad llena de líquido y en comunicación con el estómago, que crecía paulatinamente.

3º) Finalmente en la zona de transición entre el estómago y la cavidad pseudo-diverticular, se ha producido un tumor; histológicamente, adenocarcinoma de poca malignidad y sin metástasis, lo que hace esperar un buen pronóstico.

Podrían interpretarse los hechos de otra manera: Por ejemplo, aceptando como tumor su historia, desde el comienzo de las molestias, y que por su poca malignidad no haya matado y que el líquido producido en las formaciones glandulares del tumor se hubiera acumulado en la cavidad pseudo-diverticular producto de una perforación.

La verdad es difícil de establecer actualmente, pero en contra de la hipótesis de tumor de tan larga evolución están los síntomas de tipo ulcerozo en 1945 y el estado actual de la mucosa gástrica que no es de atrofia.

Finalmente queremos destacar que tras terrible odisea, el paciente goza hoy de bastante buena salud, lo que nos lleva al convencimiento de que en presencia de un tumor, aunque se le crea muy avanzado, es necesario agotar los recursos de la medicina porque en algunos casos el paciente puede salir beneficiado.