

## **Diagnóstico Citológico del Cáncer Gástrico**

*Dr. César Mendoza Posada*

El diagnóstico citológico del cáncer gástrico se basa en las alteraciones morfológicas que presentan las células descamadas de los procesos malignos.

Aunque ocasionalmente se había reportado la presencia de células malignas exfoliadas en diferentes tumores, solo en los últimos años y particularmente a partir de los trabajos sistematizados de Papanicolau se ha venido valorando la utilidad práctica de tales hallazgos. En el caso particular del carcinoma gástrico fue el mismo Papanicolau quien en 1946 reportó el primer caso diagnosticado en material obtenido por simple aspiración. A partir de entonces los trabajos se han multiplicado y la técnica se ha perfeccionado con la utilización de balones abrasivos y el uso de soluciones buffer de quimotripsina o papaína. El material para estudio puede obtenerse por raspado a través del gastroscopio, toma ideal pero solo practicable en lesiones altas.

En la mayoría de los casos es indispensable recurrir al lavado gástrico que puede hacerse con solución salina o con las soluciones enzimáticas ya enumeradas.

En general las células malignas encontradas en los carcinomas gástricos son semejantes a las halladas en otros órganos secretores. En los casos típicos se encuentran abundantes leucocitos, sangre, células epiteliales y grupos de células tumorales con algunas pocas aisladas.

Generalmente son de tipo indiferenciado, con núcleos hiper-cromáticos, nucleolos prominentes y alteraciones en la repartición cromática. Aunque ocasionalmente pueden presentar las vacuolas características, de los adenocarcinomas. Algunos autores han reportado en caso de linfosarcoma la presencia de abundantes linfocitos, algunos atípicos. Otros autores no han podido ha-

cer el diagnóstico en tales casos. Nosotros particularmente no hemos tenido ocasión de estudiar ninguno. Sin embargo, teniendo en cuenta que los linfocitos no son una célula abundante del contenido gástrico, la presencia de un gran número de ellos permite cuando menos sospechar la presencia de un linfoma.

En los sarcomas y esquistos, en los que la mucosa puede no estar alterada y por consiguiente no existir descamación tumoral, el diagnóstico citológico no es factible en la mayoría de los casos.

La exactitud del método varía en los diferentes centros. En series grandes se ha obtenido hasta un porcentaje de 95.7%, considerando en esta cifra los reportes positivos que han sido confirmados con estudio histológico. Pero en los casos negativos el error es mayor, no habiendo sido inferior a un 25%. De manera que en bloque, la exactitud en los mejores casos no ha sobrepasado de un 60% aproximadamente.

Nosotros, en una serie de 60 casos encontramos que en 45 carcinomas 34 mostraron células malignas, con un caso positivo falso; es decir que aunque el estudio citológico demostró células malignas, el diagnóstico histológico fue de una lesión benigna.

Casi todos los estudios se han realizado en pacientes con alguna evidencia clínica o radiológica de lesión gástrica, por lo cual no se tienen datos suficientes para juzgar de la efectividad del método como diagnóstico precoz. En este sentido existe la limitación de la dificultad y molestia en la obtención de la muestra, ya que se requiere la intubación. Por otra parte, en la mayoría de los casos los islotes de células tumorales que se presentan en las preparaciones no son muy abundantes, lo cual requiere un tiempo largo de estudio para cada una de las preparaciones, lo que en la mayor parte de los casos limita el número de láminas que pueden estudiarse por sección.

Con frecuencia también, a no ser que se empleen enzimas mucolíticas, la presencia de moco es un inconveniente para la correcta tinción, lo cual es fundamental para una buena interpretación de los cambios morfológicos celulares, no siendo raro el caso de preparaciones poco adecuadas para diagnóstico. Si a esto se agrega la presencia de sustancias con actividad péptica, en el contenido gástrico, productoras de citolisis, que obligan a practicar lavados gástricos cuidadosos y rápida fijación del material obte-

nido, hacen el método, por lo menos en su desarrollo actual, poco práctico para el diagnóstico precoz que requeriría el estudio sistemático de series grandes de personas.

Sin embargo en casos sospechosos tiene realmente valor, ya que los hallazgos positivos, en manos expertas, por lo menos en un 90% de los casos corresponden a un tumor maligno. Los casos negativos no tienen el mismo valor y no creo que deba excluirse la presencia del carcinoma por este solo hallazgo.

Con el objeto de hacer el método lo más sencillo posible, creemos como de elección el lavado con soluciones enzimáticas sin utilización, por lo menos, rutinaria, del balón abrasivo; pues si bien es cierto que de esta última forma se puede aumentar ligeramente el porcentaje de hallazgos positivos, no creemos que la incomodidad para el paciente, ni el mayor tiempo necesario para la obtención de la muestra, sean realmente muy compensatorios. La obtención del material se realiza previo lavado gástrico inyectando 1000 c.c. de la siguiente solución:

Fosfato disódico . . . .	750 gr.	Papaína	3 Cucharadas.
Agua . . . . .	4 lts.	Agitar tres minutos, agregar:	
Acido Clorhídrico . . .	0.4 M.	Carbón activado I cucharada.	
Para ajustar pH a 7.3		Filtrar.	

Por cada 1.000 c.c. de Buffer, agregar 1,5 grm. de Clorhidrato de Cisteína.

que se deja en el estómago durante 10 minutos para ser retirada después. Ocasionalmente puede pasar por evacuación gástrica acelerada al duodeno, siendo necesaria la repetición de la inyección, sin ser lo más frecuente. Con el sedimento del material obtenido se hacen preparaciones que se fijan inmediatamente en partes iguales de alcohol y éter para ser posteriormente sujetas al proceso de coloración.

A falta de solución enzimática se puede utilizar solución salina o solución buffer sola. Si se va a practicar también gastroacidograma, la toma puede hacerse después de la última muestra y entonces las muestras del gastroacidograma pueden aprovecharse para el examen citológico.

*En resumen*, pensamos que el examen citológico del carcinoma gástrico no parece, por las dificultades anotadas, un método práctico de diagnóstico precoz.

El hallazgo de células malignas en el contenido gástrico es un índice bastante cierto de malignidad.

Un hallazgo negativo no excluye la presencia de carcinoma.

Ocasionalmente puede ser de utilidad en el diagnóstico de los linfomas gástricos.

Y, aunque la sensibilidad del método puede disminuir, es más práctica la obtención de la muestra por simple aspiración, que con balón o con cepillo.

#### BIBLIOGRAFIA:

- Mc DONALD et al. Exfoliative Cytology Am. J. Clin Path. 24: 687 1954.
- PAPANICOLAU- Atlas Exfoliative Cytology Commonwealth Fund. 1953.
- VINCENT MEMORIAL HOSPITAL - The Cytological Diagnosis of Cancer Saunders 1950.
- PANICO Cytological Patterns in Benign and Malign Gastric and Esophageal Lesions. Surg. Gynec. and Obst., 94: 733 1952.
- RUBIN et al. Clinical Value of Gastrointestinal Cytologic Diagnosis. Gastroenterology 25: 119 1953.
- RUBIN et al. Preoperative Diagnosis of Gastric and Duodenal malignant Lymphoma by exfoliative Cytology Cancer 7: 271 1954.