

Tratamiento Quirúrgico del Carcinoma Gástrico

Dr. Rodolfo Díaz Pérez

Jefe de Clínica Quirúrgica — Universidad Nacional

El concepto de que “el carcinoma del estómago sólo puede ser curado por una gastrectomía y que únicamente por este método puede ser salvada la vida del paciente” debe ser empleado, ya que si la primera parte del aforismo pudiera ser cierta en determinado caso, la conclusión a que se llega en la segunda es tan relativa que en ningún caso resulta definitiva.

Si todos los métodos de tratamiento no quirúrgico (RX profundos, quimioterapia, Radium terapia) acusan mortalidad del 100%, ello no significa que el tratamiento quirúrgico no ofrezca un índice alto de fracasos; aún más, creemos que “los casos exitosos” son la excepción y nos atreveríamos a pensar que no justifican por su minoría notoria la generalización de ciertos conceptos. A pesar de este tristísimo panorama estamos de acuerdo que es mejor estar alumbrados por una lucecilla de esperanza y optimismo que permanecer en la oscuridad y en el conformismo escéptico; así, si entre 100 casos se logra la salvación de uno solo, ello sería suficiente para persistir en el esfuerzo de investigación y lucha contra la terrible enfermedad.

“La lucha contra el cáncer es una lucha en favor del diagnóstico precoz y por lo tanto del tratamiento radical igualmente precoz”.

Un informe de la Clínica Mayo refleja un verdadero progreso logrado en la cirugía del cáncer gástrico. La proporción exploradora ha aumentado del 60 al 80%, la resectabilidad de 37 a 55% y la de sobrevivientes a los 5 años de 5 a 14%; esto es en los últi-

mos 12 años. Es obvio que estos resultados son la consecuencia del estado de alerta para un diagnóstico precoz; sin embargo este diagnóstico precoz se hace difícil, cuando el cáncer gástrico es inoperable antes que sus síntomas aparezcan.

No hay uniformidad de opinión en cifras en cuanto a proporción de operaciones resectivas y al total de sobrevivientes después de los 5 años, pero no existe duda alguna en que "donde se registre un bajo promedio de operabilidad también será bajo el de curabilidad y el de mortalidad operatoria será elevado".

Entre nosotros se podrá decir que de 100 pacientes que consultan el hospital, 50 son inoperables en la fecha de su internación; 50 soportan la exploración y solo 25 son susceptibles de alguna resectabilidad; es decir, a los 25 pacientes se les puede practicar gastrectomía sin que dicha operación se les haga siempre con el criterio de radical curación. Sin contar que el control de esos pacientes es prácticamente nulo y las noticias de éxitos o fracasos en la mayoría de los casos, por lo consiguiente.

Pero en el mejor de los casos y desconociendo tantos inconvenientes, el estado actual nuestro respeto al control de esos pacientes deja bastante qué desear. No queriendo emplear estadísticas empíricas y solo con el convencimiento de que es posible progresar, tratemos de enfocar el tema de los conceptos generales que se tienen respecto al problema en cuestión.

La cirugía del cáncer gástrico puede ser realizada con criterio paliativo o con esperanza de curar al enfermo. Al referirnos a la curabilidad del cáncer no sobra repetir que son curas temporales y que 5 años de sobrevida es el plazo exitoso de dichas intervenciones. No quiere ésto decir que se desconozca el caso de sobrevidas por encima aún de 15 años: excepciones descritas en la literatura como tales.

LA CIRUGIA PALIATIVA. — En este caso la intervención del cirujano es ajena a todo intento de curación y la sobrevida generalmente es a corto plazo. De los diferentes métodos no nos ocuparemos; solo es de recalcar que se obtienen mejores resultados postoperatorios con la más simple operación derivativa, que con técnicas complicadas que no hacen más que menguar las pin-

gúes posibilidades biológicas de un organismo minado por un proceso demasiado avanzado.

"Pensar en las posibilidades biológicas y funcionales de un individuo candidato a una operación de cualquier naturaleza, es lo fundamental para el cirujano; porque, si no vamos a curar la enfermedad, tendríamos derecho a complicarla?"

LA OPERACION RADICAL

Se entiende por operación radical aquella que abarca "en su totalidad" la lesión, pero ésta es una definición poco práctica, casi metafísica porque ¿quién podrá señalar los límites de una lesión como el cáncer?

No se puede ser radical cuando el criterio depende en mucho de posibilidades solamente y casi siempre de técnicas.

Existen prácticamente dos criterios con relación al tipo de intervención a realizar en el carcinoma del estómago; fueron BILRROTH en 1881 quien practicó con éxito la primera gastrectomía subtotal para el Ca gástrico y posteriormente en 1897 SCHLATER quien logró "éxito inmediato" con la primera gastrectomía total. Así, las tendencias han quedado definidas en dos grandes corrientes (prescindamos de los eclécticos que lógicamente adoptan el término medio) :

Los partidarios de la resección total y los partidarios de la resección sub-total; ambos tratan de "eliminar" los terrenos o áreas linfáticas de drenaje gástrico, según la localización del tumor.

Los partidarios de la resección total dicen que se debe efectuar en estos casos: (1) Cáncer extenso del estómago. (2) Casos precoces independientemente de la localización y (3) Carcinomas cercanos al píloro y al cardias. (Allison y Borrie, Halligan y Col., Lahey, Lefévre, Leger y Petit, Lortat-Jacob, Mandl, Mc. Neer y Col., Rudler Winkelbauer y otros).

Otros autores, en cambio, son partidarios de la resección sub-los linfáticos regionales (Zanzet, Decker Finsteres, Mosley, Nis-

sen. Nubrer y Re Mine, Priester, Turner, Walters y Col. Welch y Allen, Zenker, Pock, y otros).

LOS PARTIDARIOS DE LA RESECCION TOTAL SISTEMATIZADA. — Alegan 3 hechos anatomopatológicos; 1.- propagación Submucosa-linfática en las paredes gástricas más allá de la resección oral y aboral del estómago. 2- Redicivas del muñón gástrico. 3- Con la subtotal no se cumple la exigencia de la eliminación de la salida linfática regional del estómago.

LOS PARTIDARIOS DE LA RESECCION SUB-TOTAL. — Creen que 1- es más importante la eliminación de la "zona precisa" del drenaje linfático, según la localización del tumor. 2- Solo en casos se produce invasión intramural del estómago en más de 4 cms. 3- Son raras las redicivas del muñón gástrico. 4- Además creen que los casos de rediciva tal vez no los hubiera curado la resección total sistematizada.

LA CUESTION ES: ¿Se debe o no adoptar la resección total sistematizada y sistemática?

Según Decker es necesario valorar las siguientes razones:

1. — Resultados post-operatorios (trastornos biológicos, su frecuencia, su gravedad en uno y otro tipo de gastrectomías.
- 2 — Mortalidad.
- 3 — Curabilidad de uno y otro métodos.
- 4 — Hay indicaciones relativas e indicaciones absolutas para la gastrectomía total?
- 5 — Qué procedimiento técnico se debe emplear en una gastrectomía total?

CONTESTANDO A LO ANTERIOR, TENEMOS LOS SIGUIENTES HECHOS:

- 1.—En la gastrectomía total indudablemente hay un debilitamiento general por desnutrición y anemia más o menos pronunciadas.

REIMER ha señalado graves anemias macrocíticas y megalocíticas al 4º o 5º mes post operatorio. DECKER hace resaltar que más del 10% de los totalmente resecados fallecen al cabo de algunos meses por causa de una "caquexia no cancerosa, teniendo los demás una capacidad muy disminuida para vivir.

2.—MORTALIDAD OPERATORIA. — En la resección subtotal (estadísticas recientes): el 2% Allen; 2% Sweet; 3% Nuber; 5% Marshall; 5,3% Decker; 8% Waters y Berkson 9,2% Sabrey y Marshall; 9,8% Pack y Mac. Neer.

La cuota de mortalidad post-operatoria de la resección total es más alta: Guleke la indicó en 1950 en un término medio del 30-50%. En el material de Finsterer 57,3%; Pack y Col. 31,7%; Wil Kelfammer 23,4%. Sin embargo últimamente Scott y Longmire, Lahey, Wanyersteen, y Brunschwig han mejorado estas cifras.

3.—*Curabilidad*: difícil de contestar esta pregunta; lo cierto es que a mayor resección debiera corresponder mayor curación; sin embargo cada autor da cifras que defienden su método.

4.—Indicaciones relativas y abstractas de la gastrectomía total?:

RELATIVAS: en caso de poliposis difusa, estado que se considera precanceroso.

ABSOLUTAS. Todo cáncer en que no se pueda hacer otra cosa (Rudler) ej: (a) Linitis plástica. (b) Linfosarcoma difusamente infiltrante así como el leiomioma y leomiosarcoma maligno extenso. (c) Ca que crece rápidamente al cardias. (d) Ca de piloro con ganglios metastásicos cercanos al cardias. (e) Carcinoma de mitad superior del estómago con ganglios metastásicos en piloro. (f) Carcinoma de muñón gástrico.

Qué técnica: Se usará la más sencilla, la menos traumatizante y la que garantice un mejor comportamiento fisiológico para el enfermo.

Finalmente unas consideraciones acerca de las posibilidades y vías de propagación del carcinoma; ésto con el fin de concretar más nuestro criterio quirúrgico.

CONCLUSIONES

(1) Se mencionan las dificultades que conllevan, no sólo el diagnóstico precoz sino también el tratamiento precoz del cáncer gástrico.

(2) Se deja constancia de lo relativo del término curación, y se citan estadísticas prometedoras en cuanto al progreso de la terapéutica quirúrgica del cáncer del estómago.

(3) Se mencionan los métodos quirúrgicos generales y sus bases histopatológicas.

(4) Se hace una relación suscinta de conceptos en pro y en contra de cada uno de esos métodos, señalando en esta forma el poco conocimiento que se tiene acerca del problema.

(5) Finalmente se hace resaltar la posibilidad de la diseminación vascular y "trasplante" del carcinoma durante el mismo acto quirúrgico.

BIBLIOGRAFIA

- 1 JOSE MARIA SISNEGRA "El mutilado gástrico" 1957.
- 2 CRISTOPHER. Tratado Pat. Quirúrgica. Tomo I 1958. Pág. 614-625.
- 3 REGATO ACKERMAN. Cáncer. Págs. 501-540.
- 5 H. WILLIAM SCOTT MICHEL. G. WEIDNER Técnica para la resección Radical de un cáncer del estómago que incluye el duodeno páncreas, y el mesocolar transverso. Anales de cirugía. Marzo 1958. Tomo III. Nº 3.
- 6 Cáncer del estómago en pacientes jóvenes. Anales de cirugía. Abril, 1958. Tomo III. Nº 4.
- 7 GEORGE E. MOORE. - Avery Sabney. Observaciones clínicas y experimentales acerca de las presencias y destino del Cel. tumorales en el torrente sanguíneo. Anales de Cirugía. Octubre 1957. Tomo II Nº 4
- 8 FRANCISCO MORALES; - MILLER BELL GERALD O. - MAC. DONALD-WARREN H. Tratamiento profiláctico del cáncer en el acto operatorio. Anales de cirugía. Octubre 1957. Tomo II. Nº 4.
- 9 L. TESTUT. Tratado de Anatomía Humana 1949. Págs. 237-240. 259-261
- 10 RODNER MAINGOT. Operaciones Abdominales. Tomo I Págs. 433-535.
- 11 BOCKUS. Gastroenterología. Tomo I 1948. Págs. 708-710.
- 12 KUNZ. Cirugía. Págs. 239-277.
- 13 SIDNEY A. PORTIS. Enf. del Aparato digestivo. Págs. 247-262.
- 14 LABERS. Práctica quirúrgica. 1954. Págs. 3591380.

VIAS DE PROPAGACION DEL CARCINOMA GASTRICO:

(1) Linfática. (2) Vascular. (3) Invasión directa a órganos vecinos. (4) Por medio de superficie peritoneal y (5) por trasplante durante "manipulaciones quirúrgicas".

Respecto a la vía linfática y vascular MEISSNER (patólogo del New England Deacones Hospital) hace observaciones muy interesantes:

1.—Hay invasión difusa submucosa de las paredes del estómago, con compromiso no solo del estómago sino aún del duodeno 4 a 24 mm. Esto en el 26,4% de los casos.

2.—Hay invasión a los vasos sanguíneos en el 57% de los casos; ésta invasión no guarda ninguna relación con la existencia de metástasis ganglionares. Hace énfasis sobre todo en la invasión difusa linfática lo cual ocurre sin que macroscópicamente se pueda comprobar tal estado o al menos demostrar por la presencia de los ganglios. "La línea de resección resulta comprometida por el cáncer a pesar de la apariencia normal de los tejidos".

En cuanto a la invasión directa se refiere, es más fácil la determinación macroscópica y la delimitación del área comprometida. Mac. Neer, James, Niessen, Haefnen entre otros, al respecto dicen que solo la diseminación metastásica lejana y el compromiso del suministro sanguíneo de importancia vital (Arteria Hepatocava, mesentéricas y aorta), deben inhibir al cirujano para la resección del Ca gástrico.

En cuanto a la diseminación por trasplante durante el manejo quirúrgico y la posibilidad de propagación de células carcinomatosas por el torrente sanguíneo es un punto de importancia y que es necesario tener presente, pues no sabemos cuántas de las metástasis post-operatorias se deben a este mecanismo. Este problema se encuentra en estudio y se ha visto que no siempre esas células se constituyen en metástasis. Es que hay un mecanismo defensivo de tipo inmunológico, o quizás es que se requiere un mínimo de células para constituir una metástasis? Mientras nuestras sospechas no se comprueben con la observación permanente y cuidadosa y los resultados experimentales no sean definitivos no podemos aventurarnos en adelantar concepto alguno a este respecto.