

COMENTARIO AL MARGEN DEL ARTICULO ESTENOSIS MALIGNAS DEL ESTOMAGO

Por el doctor Mario Gaitán Yanguas.

Leyendo la magnífica contribución que con el título anotado publicaron los doctores Jácome, Gutiérrez, Parra, Forero y Medina en la página 214 del volumen 22 de la Revista de la Facultad de Medicina, encontré que dicen los autores que "entre los 301 casos de estenosis malignas del estómago observados en el Instituto Nacional de Cancerología no se encuentra ningún caso" de sarcoma gástrico, y que todos corresponden a carcinomas (escamosos o glandulares).

Sin embargo, existen en los archivos del Instituto varios casos de sarcomas gástricos que me parece deben hacerse conocer no con el ánimo de polemizar ni de restar méritos a tan valioso aporte científico como es el de Jácome y colaboradores, sino únicamente como contribución al conocimiento de un problema de tanta importancia como es el del cáncer del estómago y especialmente en lo que se refiere desde el punto de vista patológico a los sarcomas.

Precisamente en el trabajo que presentamos al Cuarto Congreso Interamericano de Radiología, de Méjico, de 1952, en que analizábamos 366 casos de linfosarcoma del Instituto de Cancerología, mencionábamos 5 casos de localización del linfosarcoma en el estómago. Este trabajo fue leído en las reuniones sabatinas del Instituto, poco tiempo después, y se hizo especial mención de los signos que permiten hacer un diagnóstico de presunción tanto desde el punto de vista clínico como del radiológico ¹.

Estos 5 casos de linfosarcoma gástrico eran aparentemente primitivos del estómago; 3 de ellos eran del tipo puro (cítico o

¹ Este trabajo acaba de aparecer publicado en el primer número de la Revista Colombiana de Cancerología.

blástico) incluyendo uno del tipo de folículos gigantes (Fig. 1), y los 2 restantes eran del tipo reticular (Fig. 2); uno de estos últimos, que había sido diagnosticado inicialmente como carcinoma indiferenciado, quizá figure entre los casos que Jácome y colaboradores describen como tales.

Nos ha parecido interesante mencionar estos 5 casos de linfoma del estómago, desde dos puntos de vista. En primer lugar, por lo que se refiere a su incidencia; si por 301 casos de carcinoma del estómago tenemos 5 de linfoma, lo que daría una relación de 1,66%, es de suponer que buscando otro tipo de sarcoma (leiomioma, Hodgkin, etc.), que seguramente se ha presentado en el Instituto, la proporción sarcoma-carcinoma sería mayor. Desgraciadamente la manera como está organizada la estadística del Instituto de Cancerología no permite obtener esta clase de datos sino después de una labor tan ardua como es la de revisar una por una las 33.000 o más historias que hay en los archivos; así se explica que hayan pasado desapercibidos estos cinco casos de linfoma gástrico en el estudio hecho por Jácome y colaboradores, que se hayan encontrado en la revisión del linfoma hecha por nosotros, y que seguramente haya otros tipos de sarcoma que no estamos en capacidad de mencionar.

La relación linfoma-carcinoma gástrico de 1,66% es más o menos igual al 1,2% que da Palmer (2), pero es más ba-

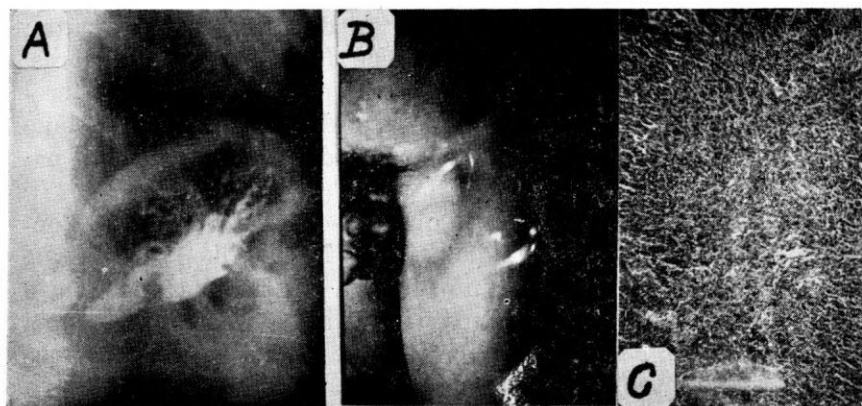


Figura 1.—Historia clínica número 25712. Hombre de 36 años. Con el diagnóstico radiológico de cáncer de la porción horizontal del estómago (A) se hizo exploración quirúrgica y se encontró un gran tumor con numerosas metástasis ganglionares, que se consideró inextirpable; el estudio histológico (C) de un ganglio extraído mostró la imagen típica del linfoma gigante-folicular. Se inició tratamiento con rayos X, y en el curso de él presentó ganglios inguinales (B), que fueron también irradiados. Se le aplicó dosis-tumor de 3.347 r. en el estómago y de 2.780 en la ingle, en 40 días. El paciente estaba bien 14 meses después.

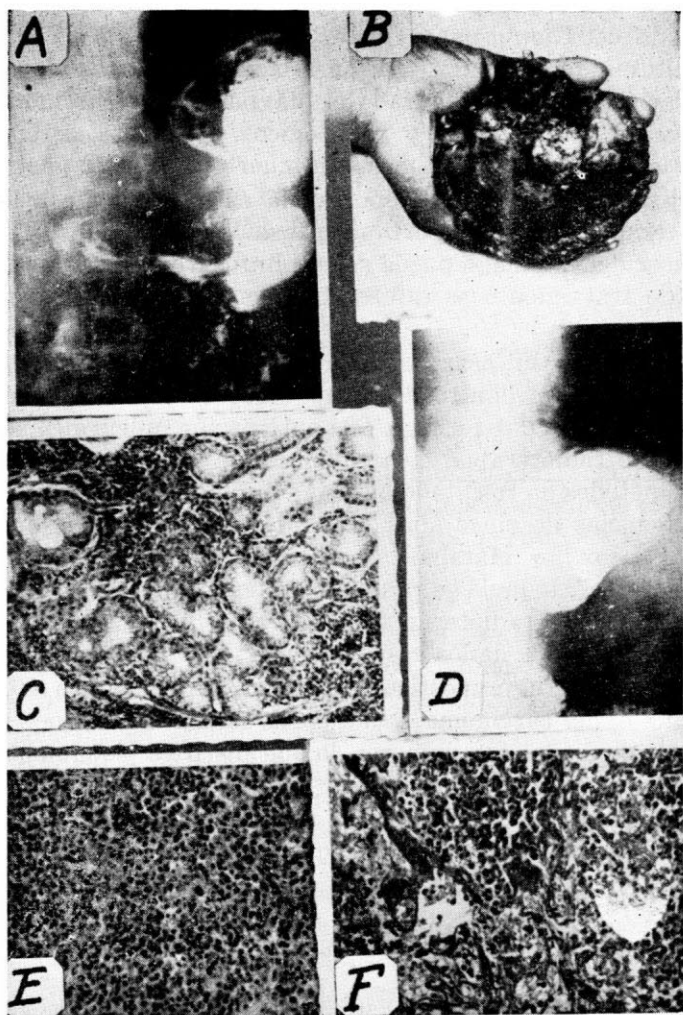


Figura 2.—Historia clínica número 17195. Hombre de 58 años. A: Diagnóstico radiológico: cáncer de la porción horizontal del estómago. B: Pieza operatoria obtenida por gastrectomía subtotal. C: preparación histológica del estómago que se interpretó como "Carcinoma anaplásico"; no había invasión ganglionar. D: control radiográfico post-operatorio. Dos meses después de la gastrectomía aparecieron un tumor en la amígdala derecha, un ganglio cervical derecho, y un ganglio en la ingle derecha. La biopsia del ganglio inguinal (E) fue interpretada como posible "Enfermedad de Hodgkin", y la del ganglio cervical (F) como "Linfosarcoma reticular". Revisando todas las preparaciones se aceptó el último diagnóstico. El paciente fue perdido de vista en mal estado 7 meses después de la admisión.

ja que la de Thompson y Oyster ³, que dan 3.5%. Y hay varios autores que aseguran que la relación sería más elevada si, en lugar de dar por asegurado el diagnóstico de carcinoma con base en los datos clínicos y radiológicos, se hiciera sistemáticamente la autopsia de todo paciente muerto de cáncer gástrico.

El segundo punto de importancia es el referente a la conducta terapéutica. Es importante pensar en la posibilidad de que un cáncer del estómago puede ser un linfosarcoma porque la conducta de tratamiento es diferente de la que se sigue frente al carcinoma.

Si el tumor linfosarcomatoso es pequeño, o mejor dicho, si puede catalogarse dentro del grupo "resecable", el tratamiento puede hacerse en dos formas: o la extirpación quirúrgica seguida **siempre** de radioterapia, o la radioterapia sola, y cualquiera de los dos métodos da resultado curativo semejante; el porcentaje de supervivencias de cinco años libres de síntomas oscila entre 33 y 44% (Lenz,⁴ y Marshall,⁵). Si el tumor es de la categoría "no resecable", todavía es posible obtener muy buenos resultados paliativos con la radioterapia sola y aun supervivencias de cinco años en un 10% de los casos (Archer,⁶).

Como se ve, el pronóstico del linfosarcoma gástrico es menos malo que el del carcinoma, y las posibilidades de obtener supervivencias de 5 años son mayores, lo que justifica plenamente agotar todos los medios para obtener un diagnóstico histológico en todo caso de cáncer del estómago, aunque el cirujano, al abrir el abdomen, tenga la impresión de que es un caso muy avanzado.

BIBLIOGRAFIA

1. Jácome, J. A., Gutiérrez, R., Parra, A., Forero, H., y Medina, J.—Estenosis malignas del estómago. *Rev. de la Fac. de Medicina*, 22: 214, 1953.
2. Palmer, E.—The sarcomas of the stomach: a review with reference to gross pathology and gastroscopic manifestations. *Am. J. Digest. Dis.*, 17: 186, 1950.
3. Thompson, L. H., and Oyster, J. M.—Neoplasms of the stomach other than carcinoma. *Gastroenterology*, 15: 185, 1950.
4. Lenz, M., Wells, J., and Stout, A. P.—Hodgkin's Disease and lymphosarcoma. En "*Portmann's Clinical Therapeutic Radiology*". Th. Nelson and Sons, New York, 1950.
5. Marshall, S. F., and Meissner, W. E.—Sarcoma of the Eomach. *Ann. of Surg.*, 131: 824, 1950.
6. Archer, V. W., and Cooper, G. Jr.—Lymphosarcoma of the stomach. Diagnosis and treatment. *Am. J. Roentgenol.*, 42: 332, 1939.