

# REVISTA

DE LA

# FACULTAD DE MEDICINA

---

Volumen XXII      Bogotá, noviembre-diciembre de 1953      Números 5 y 6

---

**Director:**

Doctor CARLOS MARQUEZ VILLEGAS, Decano de la Facultad.

**Jefe de Redacción:** Profesor Francisco Gnecco Mozo.

**Comité de Redacción:**

Profesor J. Hernando Ordóñez, Profesor Jorge Bernal Tirado,  
Profesor Agregado José A. Jácome Valderrama.

**Administradores:** Rodrigo Caro Molina, Emiro Bayona Solano.

Dirección: Facultad de Medicina—Ciudad Universitaria—Bogotá.  
Apartado Nacional N° 400

---

HOSPITAL DE SAN JUAN DE DIOS  
BOGOTA

## CONFERENCIAS ANATOMOCLINICAS

### CASO NUMERO SIETE

E. V. C. Edad 35 años. Ciudad de origen: Mongua. Ciudad de procedencia: Bogotá. Servicio del Profesor César Augusto Pantoja.

**Nota clínica:** La enferma ingresa al Servicio de Clínica Médica del Profesor Edmundo Rico el 30 de junio de 1951 por presentar fiebre y dolor abdominal difuso.

**Antecedentes familiares:** Sin importancia. **Antecedentes personales:** Enfermedades de la infancia; menarquia a los 14 años con ciclos de 30 x 3; ha tenido tres embarazos a término con parto espontáneo y sin complicaciones. Última menstruación hace 18 meses. A su ingreso, lactaba un niño de 10 meses.

**Enfermedad actual:** Se inició cinco días antes de su hospitalización por la aparición de dolor súbito en el flanco y fosa iliaca izquierdos, seguido al poco tiempo de náuseas, calofrío, fiebre y dolor abdominal difuso, con irradiación al hemitórax izquierdo. Al día siguiente, el dolor se localizó preferentemente en el epigastrio y en el hipocondrio izquierdo, pero sin guardar ninguna relación con las comidas. Por esta causa ingresó al hospital.

**Examen clínico:** Enferma subfebril, con adinamia muy marcada, desnutrida y francamente anémica. La temperatura a su ingreso es de 37.6° C.

**Aparato circulatorio:** Area cardíaca de tamaño normal; punta palpable en el quinto espacio intercostal izquierdo sobre la línea medioclavicular; sonidos cardíacos ligeramente velados e ingurgitación marcada de las del cuello. Pulso de 130 por minuto, débil y depresible. Tensión arterial de 90 mm. máxima y 60 mm. mínima.

**Aparato respiratorio:** A la inspección se aprecia abombamiento moderado del hemitórax izquierdo, y, a la percusión, macidez del quinto espacio intercostal hacia abajo, la cual se modifica con los cambios de posición de la enferma. A la auscultación, hay ausencia del murmullo vesicular y de las vibraciones vocales en esta zona, y respiración de suplencia en el vértice. En el pulmón izquierdo se halló hipersonoridad y respiración de suplencia.

**Aparato digestivo y abdomen:** Abdomen ligeramente abombado en el epigastrio. El hígado es percutible desde el cuarto espacio intercostal derecho hasta el borde costal, sobre la línea axilar anterior; su borde inferior es de consistencia normal.

La enferma se queja de imposibilidad para deglutir alimentos sólidos, y los líquidos los pasa con gran dificultad.

**Aparato génito-urinario:** Genitales externos normalmente desarrollados; al tacto se aprecian fondos de saco vaginales libres, cuello elástico de tamaño normal, móvil y en situación central. Los anexos se encuentran libres pero es imposible delimitar el fondo de la matriz.

Demás órganos y aparatos, normales.

**Exámenes de laboratorio:** **Hemograma:** (julio 3/51) Eritrocitos: 4.080.000; hemoglobina: 80%; valor globular: 1; leucocitos: 6.800; polimorfonucleares neutrófilos: 71%; linfocitos: 29%. **Eritrosedimentación:** A la media hora 4 mm. y a la hora 7 mm. **Azohe-mia:** 30 miligramos. **Glicemia:** 87 miligramos. **Reacciones serológi-**

**cas de Kahn y Mazzini:** negativas. **Líquido de toracentesis:** Albúmina 17.70 gramos  $\%_{00}$ ; Reacción de Rivalta: positiva; bacilo de Koch, negativo, al examen directo; en los cultivos prendió estafilococo; examen citológico: "Se encuentran glóbulos rojos, leucocitos mono y polinucleares, células de descamación y elementos en estado de desintegración".

**Evolución y tratamiento:** Inmediatamente después de su ingreso se practica toracentesis en el noveno espacio intercostal, sobre la línea axilar posterior, y se extraen 500 c. c. de líquido sanguinolento. El 6 de julio se practica nueva toracentesis de la cual se extrae líquido semejante al de la primera punción después de lo cual se palpa una tumoración que ocupa el epigastrio, fija a los planos profundos y no dolorosa espontáneamente. En los días siguientes se observa que la masa crece rápidamente y da signos de compresión sobre los órganos del piso superior del abdomen. La enferma recibe antibióticos; su temperatura máxima es de 37.5 grados centígrados. Por considerarse de tratamiento quirúrgico, se traslada al Servicio del Profesor Pantoja, el día 26 de julio de 1951.

En este Servicio encuentran que la enferma se halla en péximo estado general, con gran ansiedad, disnea y anasarca; permanece en decúbito lateral izquierdo y rechaza todo examen.

El examen clínico corrobora los datos anteriormente anotados. A la palpación abdominal encuentran una masa de superficie regular, de consistencia fluctuante y de unos 25 cms. de diámetro, que ocupa el epigastrio y parte del hipocondrio izquierdo, desciende hasta el ombligo y llega hasta la cresta ilíaca; su límite superior es imposible de determinar, y su macidez se confunde con la del hemitórax izquierdo. Se encuentra fija a los planos profundos, pero sin contacto lumbar franco ni baloteo, y no se desaloja con los movimientos respiratorios. En el flanco izquierdo se encuentra otra masa difícil de palpar, de unos 10 cms. de diámetro, de consistencia más firme que la anterior.

**Exámenes de laboratorio: Hemograma:** (julio 27/51) Eritrocitos: 2.600.000; hemoglobina: 50%; valor globular: 0.98; leucocitos: 7.000; polimorfonucleares neutrófilos: 69%; linfocitos: 31%; **Eritrosedimentación:** A la media hora 10 mm. y a la hora 25 mm. **Proteinemia:** Totales: 6.50 gr.  $\%$ ; Serinas, 4.30 gr.  $\%$ . Globulinas, 2.21 gramos  $\%$ . **Orina:** Albúmina, ligeras huellas; sedimento normal. **Materias fecales:** huevos de áscaris +; huellas de sangre ocultas. **Fotofluorografía:** "Sombra en el tercio inferior del hemitórax izquierdo; surco costodiafragmático negativo".

**Evolución y tratamiento:** Durante su permanencia en el Servicio Quirúrgico se trata de mejorar el estado general de la enferma y de prepararla para una intervención quirúrgica, con la aplicación de sangre total, plasma, vitaminas y soluciones dextrosadas y salinas.

El 26 de julio se realiza una intervención de urgencia con anestesia local y analgesia de pentotal, empleando una incisión transversal izquierda de 20 cm. de longitud, con la cual se aborda la parte más prominente de la masa. Se escinde la cápsula de esta previa sutura en bolsa y se extraen unos 2.500 c. c. de sustancia amorfa sanguinolenta. Enseguida se abre la masa en el espacio comprendido entre la curvatura mayor del estómago y el colon transverso; allí se encuentran varias masas de color rojizo, friables, de aspecto encefaloide, de las cuales se toma muestra para examen histológico. Se procede a explorar la cavidad abdominal y se encuentra que la tumoración sube hasta la cúpula diafragmática y que es de situación prerrenal y retroperitoneal. Igualmente, se halla en el flanco derecho otra masa de unos 10 cms. de diámetro fija a los planos profundos en situación pararenal interna, perfectamente encapsulada, y cuya estructura y consistencia es semejante a la de las masas encontradas en la primera incisión. Dicha masa se extrae quirúrgicamente.

El útero, los ovarios, el hígado y el bazo no presentan alteraciones anatómicas; el páncreas y el epiplón mayor se encuentran engrosados y edematosos.

Hecho esto se dejan drenes en la cavidad general y en la cavidad tumoral, y se cierra la herida por planos. Durante la intervención, la enferma presenta colapso circulatorio y shock que es tratado con transfusión de 500 c. c. de sangre total y 500 c. c. de plasma, oxígeno a permanencia y posición de Trendelenburg.

En el primer día de post-operatorio la enferma recibe analépticos y antibióticos; ha salido del shock pero presenta taquicardia, hipertensión arterial, disnea, sed intensa y ligera obnubilación mental. Por la tarde, su estado general es precario, y muere el día 29 de julio a las 5 p. m.

### DISCUSION CLINICA

**Doctor Vaca Torres:** Efectivamente, esta enferma ingresó en muy malas condiciones generales y con un cuadro típico de derrame pleural, comprobado por toracentesis. Más tarde, después de la toracentesis practicada el 10 de julio, presentó agra-



vación de su sintomatología y apareció una tumoración epigástrica de crecimiento rápido, acompañada de un descenso brusco de los eritrocitos, como lo demuestra el segundo hemograma. De esa fecha en adelante, la enferma desmejoró su estado general y presentó síntomas de compresión gástrica.

Con el objeto de establecer más claramente la naturaleza de esa tumoración, se ordenó estudio radiológico del tórax, que desgraciadamente no le pudo ser practicado; igualmente fue imposible practicarle exámenes radiológicos del tubo digestivo. Se pidió el traslado a clínica quirúrgica, y allí se planteó el diagnóstico de quiste del páncreas, de absceso hepático, de pleuresía con absceso subdiafragmático secundaria a pleuritis izquierda y el de peritonitis localizada, posiblemente de la trascavidad de los epiplones. Se pensó también en una neoplasia visceral perforada al peritoneo, en la existencia de un quiste mesentérico, en un quiste torcido del ovario, y aun, en una hidronefrosis. Sin embargo, el diagnóstico más sugestivo fue el de un quiste del páncreas. Quedaba por explicar el derrame pleural izquierdo, y se atribuyó a un proceso infeccioso del pulmón, acompañado de pleuresía. Sin embargo, tal derrame no existía y la macidez del hemitórax izquierdo correspondía a la masa tumoral que había rechazado hacia arriba el diafragma; y el líquido obtenido por punción torácica no era pleural, y se había extraído de la misma masa.

Sin embargo, al analizar ya posteriormente los datos clínicos, sí había datos suficientes para haber descartado la posibilidad de derrame pleural, tales como la situación de la punta cardíaca, la consistencia del mediastino y el hecho de que la macidez no cambiara con las variaciones de posición de la enferma.

Los demás hallazgos de la operación están descritos en la historia. Infortunadamente, las radiografías de tórax y de aparato digestivo, que nos hubieran servido mucho para aclarar el diagnóstico en este caso, no pudieron ser practicadas.

**Profesor Gonzalo Esguerra Gómez:** Evidentemente, como dice el doctor Vaca, han existido hasta el momento dos anormalidades en el funcionamiento del Servicio de Rayos X en este hospital, las cuales, espero, no vuelvan a repetirse. Quiero aprovechar la oportunidad para comunicarles que la Facultad de Medicina, de acuerdo con la Junta de Beneficencia, han reorganizado el Servicio de Radiografía, y espero que en el curso de pocos días esta sección se encuentre funcionando satisfactoriamente, tal como lo requiere este hospital.

**Profesor Alfonso Bonilla Naar:** Tengo la sensación y creo que la comparten los aquí presentes de que éste es un caso excepcional, ilustrativo, en el cual la Anatomía Patológica podrá hablar mucho más que los clínicos, porque nosotros mismos, después de la intervención y teniendo las piezas en la mano, no supimos a ciencia cierta de qué se trataba.

En realidad, la impresión pre-quirúrgica era de que se trataba de un quiste del páncreas, posiblemente infectado y acompañado de un gran derrame hemorrágico endoquístico, responsables de la baja notable de la cifra de eritrocitos.

Al abrir la cavidad peritoneal encontramos en una masa quística que ocupaba la zona descrita por los clínicos y que rechazaba el hemidiafragma izquierdo. Al seccionar su pared, encontramos una masa amorfa, serosanguinolenta, con elementos vegetantes de aspecto neoplásico, de consistencia encefaloide, de la cual nosotros no pudimos precisar su naturaleza.

Recordando dos casos anteriores algo parecidos, pensamos en que se tratara de un tumor suprarrenal, en un tumor pararenal. Pero nuestra sorpresa fue mucho mayor cuando al explorar el lado derecho, encontramos otra masa semejante, paravertebral y laterorrenal, cuya constitución interna era semejante a la de la masa que acabábamos de abrir. Las condiciones precarias de la paciente no nos permitieron hacer un examen más minucioso y una investigación anatómica más prolija; simplemente nos limitamos a investigar los órganos que pudieran darnos alguna luz para el diagnóstico de dicho proceso patológico. Descartamos el diagnóstico inicial del quiste del páncreas, puesto que este órgano se encontraba normal, llamándonos mucho la atención el hecho de que el estómago se encontrara rechazado hacia arriba y el que su curvatura mayor hiciera continuación íntima con la masa. Como si el origen del proceso fuese gástrico.

**Profesor Pablo Elías Gutiérrez:** Yo quiero hacer una breve aclaración sobre este caso, no para hacer un diagnóstico, sino simplemente porque tuve oportunidad de ver la paciente, cuando estaba en el Servicio del Profesor Edmundo Rico. Encontré en realidad una enferma muy pálida, bastante desnutrida y un poco edematosa, que revelaba en la cara intenso sufrimiento y gran dolor; me relataron que había llegado al Servicio con un gran derrame pleural, y que le habían hecho una toracentesis con extracción de líquido con las características ya anotadas en la historia. Al examinarla, hallé un enorme tumor que ocupaba la región supraumbilical, el hipocondrio izquierdo y parte del flanco de este mismo lado, tumor que era extraordinariamente tenso,

sensible y renitente; el cual daba la impresión clínica de no depender ni de hígado ni de riñón.

Hablé de la posibilidad de un absceso subfrénico o de una enorme hemorragia del páncreas y puse en consideración de los estudiantes la gran dificultad para un diagnóstico diferencial entre un quiste del páncreas y una peritonitis alta, subdiafragmática. Sin embargo, me pareció que se podía desechar el absceso subfrénico y me quedé en la creencia de que se trataba de un quiste del páncreas o de una gran hemorragia de este órgano. Recuerdo que les dije a los estudiantes que no encontraba bien la relación entre esa gran masa y la pleuresía izquierda que decían tenía la paciente.

Unos cinco días más tarde supe por un estudiante que la enferma había sido operada y que habían encontrado una masa quística, como nos relató el Profesor Bonilla, y masas blanquecinas tanto en las vecindades del estómago como en el flanco derecho, pensé que correspondían a reproducciones neoplásicas del quiste degenerado o quizás, a esteatonecrosis, si se trataba de una pancreatitis hemorrágica.

Al leer la historia, estuve seguro de que ese era el diagnóstico, máxime con la anotación de que la masa rechazaba al estómago en la curvatura mayor y tenía relaciones con el colon transversal. Pero según relata la intervención, yo estaba equivocado puesto que el páncreas estaba indemne. Es necesario considerar otras posibilidades diagnósticas. La descripción de la intervención dice que el tumor se encontraba en situación retroperitoneal, prerrenal y por encima del riñón, sin saberse exactamente si con esto se excluye la posibilidad de un tumor renal. Así lo creí efectivamente porque una hidronefrosis es excepcional que alcance tal desarrollo y, por otra parte, el líquido de las punciones tenía que haber presentado los caracteres de la orina. Tampoco la hidronefrosis da masas adicionales como las que encontraron en la intervención. Por estas mismas consideraciones se puede descartar el quiste del riñón.

Tenemos entonces que considerar, como dice el Profesor Bonilla, la posibilidad de que se trate de tumores tales como los neuroblastomas, los paragangliomas, los tumores de origen embrionario dependientes de la cuerda neural, etc., que son muy raros. También podría pensarse en tumores de las glándulas suprarrenales, pero éstos no son quísticos, y me parece imposible que puedan alcanzar un tamaño tan extraordinario como el que tenía el tumor de esta paciente. Me inclino por tanto a pensar que se trate de un tumor desarrollado a expensas de restos em-

brionarios, sin excluir tampoco la posibilidad de un tumor desarrollado a expensas de un páncreas aberrante. En una palabra, yo no tengo ningún diagnóstico definitivo, y sólo quería hacer esas consideraciones.

**Profesor Gustavo Montejo:** Sólo quiero destacar en este caso la importancia de considerar que el tumor era de tipo ganglionar. Ahora bien: si había masas tumorales no sólo a la izquierda sino a la derecha, es lógico recordar los tumores linfáticos sistematizados, los linfomas malignos, y de manera especial el linfosarcoma, el linfoblastoma gigantofolicular y la enfermedad de Hodgkin; el hecho de que no se encontraran adenomegalias superficiales, demerita la hipótesis que señalo, pero no la excluye. En caso tal, el presunto derrame pleural izquierdo, de aspecto hemático, puede explicarse por un foco linfomatoso de localización pleural.

Otras enfermedades tumorales sistematizadas, por ejemplo los tumores quísticos, no cuentan en el caso actual porque son de evolución benigna, nunca determinan una anemia y un cuadro finales de tanta gravedad como las que mostró esta enferma.

Finalmente, y siempre teniendo en mente la idea de tumor ganglionar, si se descartara la etiología estrictamente linfomatosa, debería no olvidarse la posibilidad de tumores ganglionares metastásicos, y, de consiguiente, suponer la fuente de origen localizada en uno de los numerosos órganos vecinos.

Para terminar, deseo expresar la creencia de que la paciente no tenía derrame pleural izquierdo, pues la punta del corazón fue encontrada en el V espacio intercostal izquierdo, sobre la línea medio-clavicular. ¿Acaso el líquido hemorrágico extraído por punción provenía directamente del tumor necrosado y hemorrágico, y no de la cavidad pleural?

## RESUMEN DE AUTOPSIA

**Doctor Javier Isaza González:** En este complejo caso considero conveniente hacer mención ordenada de algunos datos que nos suministra la historia, para que puedan ustedes correlacionar lo hallado en la autopsia con la sintomatología clínica que presentó la paciente.

Se trata de un proceso de iniciación brusca acompañado de calofrío y fiebre, seguido poco después de náuseas y dolor abdominal difuso que más tarde se localiza en el epigastrio y en el hipocondrio izquierdo. Corto tiempo después de estos episodios,

apareció una masa tumoral localizada en el hipocondrio y flanco izquierdo, fija a los planos profundos, sin baloteo, y que no se desalojaba ni con el cambio de posición de la enferma ni con los movimientos respiratorios. Por otra parte, la enferma ingresó al hospital con 4.080.000 eritrocitos, y unos 12 días más tarde presentó una anemia de 2.600.000 glóbulos rojos. También relata la historia que el 25 de junio sufrió un accidente doloroso localizado en el sitio de la tumoración.

Todo esto es perfectamente explicable con los hallazgos de autopsia. Se trata de una paciente con un carcinoma del estómago propagado a la trascavidad de los epiplones y con metástasis precoces a los ganglios de las regiones paravertebrales y prerrenales. Este carcinoma dio trastornos digestivos, fenómenos de compresión y hemorragia profusa al perforarse a la trascavidad de los epiplones. En esta forma nos explicamos los episodios dolorosos, la anemia profunda y rápida de la paciente, el crecimiento también rápido del tumor, el hallazgo de masas neoplásicas paravertebrales y prerrenales; y la relación íntima del tumor con el estómago, y su consistencia encefaloide.

A la autopsia encontramos huellas de intervención quirúrgica reciente, peritoneo parietal de color rojo grisáceo con concreciones de serofibrina, derrame de 180 c.c. de líquido cianosado mezclado con sangre y falsas membranas en la cavidad peritoneal. En el hipocondrio izquierdo se observó una masa retroperitoneal en contacto íntimo con el borde inferior del páncreas y unida estrechamente a la curvatura mayor del estómago, en su parte media. El estómago estaba muy dilatado por gases, contenía escasa cantidad de líquido alimenticio rico en moco, la mucosa se hallaba moderadamente atrofiada, y en la parte media de la curvatura mayor presentaba una solución de continuidad de 7 x 4 cms. de diámetro, la cual comprometía todas las capas gástricas abriéndose a la cavidad de los epiplones (fotografía N<sup>o</sup> 1). Las paredes del órgano en las vecindades de la lesión eran de consistencia leñosa y aspecto neoplásico. La masa tumoral descrita en la historia tenía 22 x 20 x 20 cms. de diámetro y ocupaba toda la trascavidad de los epiplones, continuándose con la curvatura mayor del estómago por su cara posterior; estaba en situación retroperitoneal y formada por tejido encefaloide necrosado y mezclado con líquido serosanguinolento. Los ganglios linfáticos de la vecindad se agrupaban en masas que medían hasta 6 x 8 cms. de diámetro; eran de consistencia blanda, encefaloide y aspecto neoplásico. El proceso no comprometía al páncreas y sólo tenía con éste relación de vecindad. Histológicamente se trataba de un neoplas-

ma epitelial maligno desarrollado a expensas de la capa mucosa del estómago muy infiltrante y acompañado de hemorragia, necrosis y desmoplasia sumamente acentuada, presentando diversos grados de diferenciación celular, desde la formación de fondos y pseudo-fondos de sacos glandulares revestidos por células carcinomatosas hasta un proceso de crecimiento difuso y apariencia sarcomatosa (microfotografías Nos. 2, 3, 4 y 5). Los elementos celulares eran hiper Cromáticos, de tamaño y forma variada, y presentaban diversas figuras de división indirecta, algunas de ellas atípicas.

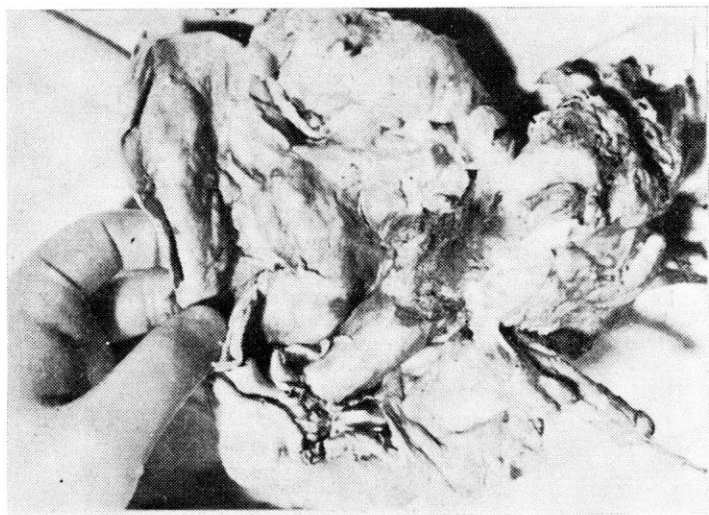
El cuadro histológico era idéntico al de las biopsias del material extraído en la intervención (microfotografía N<sup>o</sup> 6).

En el resto del tubo digestivo se halló un proceso inflamatorio que afectaba especialmente la serosa, y en el páncreas, reacción inflamatoria moderada; en la cápsula, en la zona de contacto con la masa neoplásica descrita anatómicamente, se encontraron extensas zonas de tejido conjuntivo fibroso muy celular, zonas de hemorragia y de necrosis y reproducción del tumor ya descrito. El tejido pancreático en sí no estaba invadido por la neoplasia.

En los ganglios linfáticos yuxtagástricos se encontró hipertrofia muy marcada; tenía consistencia blanda encefaloide y aspecto neoplásico. Microscópicamente se trataba de reproducciones del tumor ya descrito (microfotografías Nos. 7 y 8).

Encontramos también, tal como lo había sospechado clínicamente, un derrame pleural izquierdo de 850 c.c. de líquido amarillo cetrino, ligeramente turbio, el cual rechazaba al pulmón izquierdo que se encontraba en atelectasia, era de consistencia semifirme, crepitación totalmente abolida, y pesaba 275 grms. (fotografía N<sup>o</sup> 9). El pulmón derecho tenía un peso de 530 grms., superficie exterior de color violeta oscuro en los lóbulos medio e inferior y color gris amarillento en el lóbulo superior; la superficie de sección era rojo oscuro, consistencia semifirme, arquitectura poco aparente y dejaba escapar abundante cantidad de líquido serosanguinolento; su aspecto era francamente neumónico. En el examen microscópico se halló un proceso inflamatorio broncoalveolar en focos difusos que confirmó la bronconeumonía de período final (microfotografía N<sup>o</sup> 10).

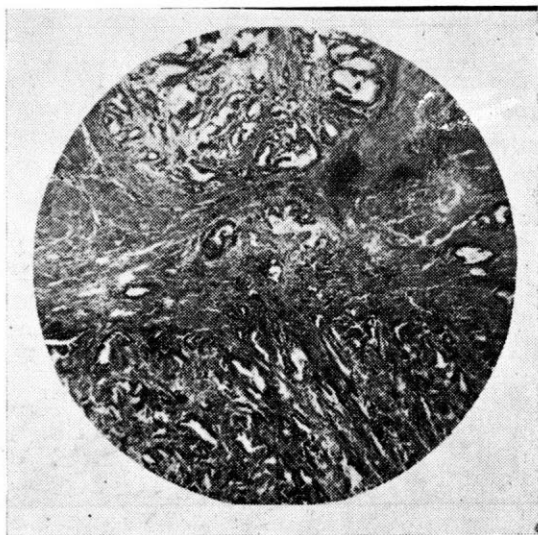
Otros órganos afectados fueron: el hígado, que pesó 1.275 grms., y mostró un proceso inflamatorio moderado y cambios degenerativos de la célula hepática. El bazo, que pesó 100 grms., con un proceso subagudo y crónico. Y los riñones, con 135 y 125 grms. de peso para el derecho y el izquierdo respectivamente, con una nefritis crónica.



**FOTOGRAFIA NUMERO 1**

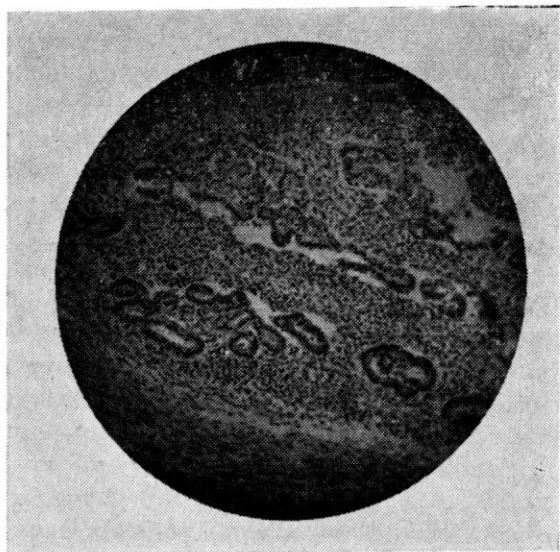
La fotografía muestra las lesiones de la parte media de la curvatura mayor del estómago, la perforación del neoplasma y la ulceración de la mucosa (parte central).





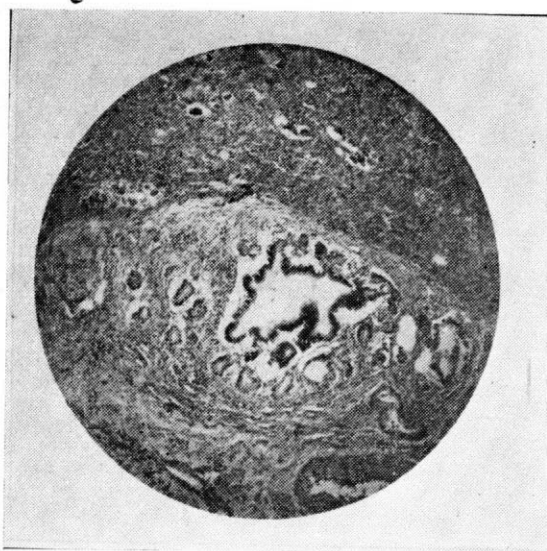
**MICROFOTOGRAFIA NUMERO 2**

La microfotografía muestra mucosa gástrica, a la izquierda, y destrucción de las capas musculares por el tumor, a la derecha.



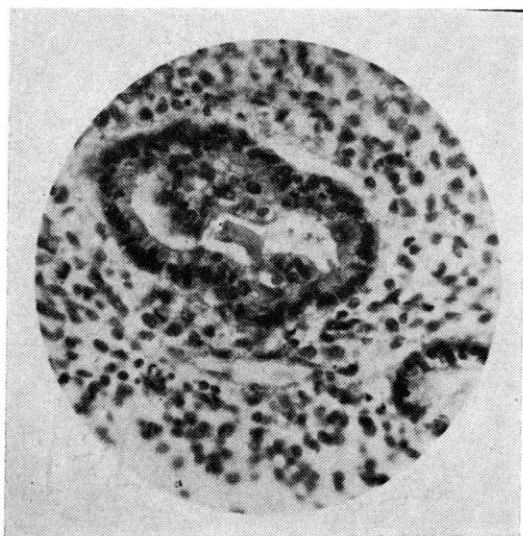
**MICROFOTOGRAFIA NUMERO 3**

En esta microfotografía puede apreciarse la gran desmoplasia del tumor, que le da en algunas zonas aspecto francamente sarcomatoso.



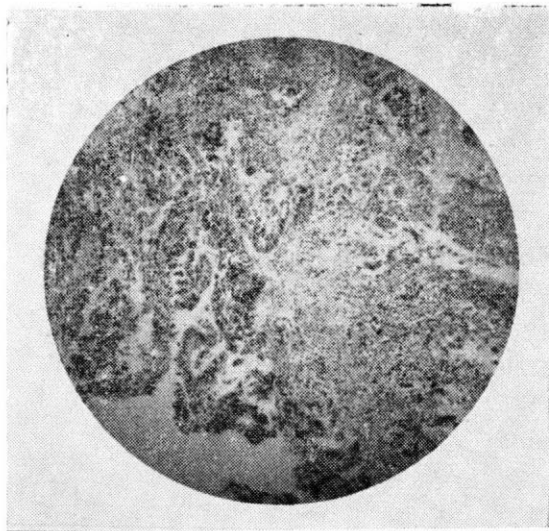
**MICROFOTOGRAFIA NUMERO 4**

La formación de seudofondos de saco glandulares, como el que muestra la presente microfotografía, confirma el origen glandular del tumor encontrado en la transeavidad de los epiplones.



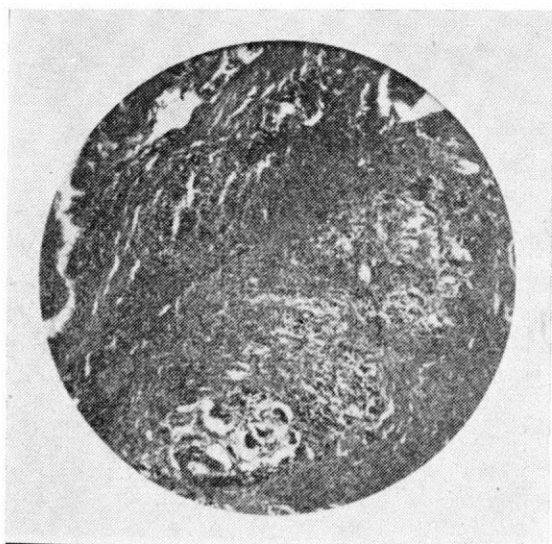
**MICROFOTOGRAFIA NUMERO 5**

Seudofondo de saco glandular con numerosas figuras de mitosis atípica, rodeada por células en las cuales la desmoplasia es tan acentuada que en muchas preparaciones simulan un sarcoma.



**MICROFOTOGRAFIA NUMERO 6**

Detalles del proceso neoplásico en el material extraído durante la intervención quirúrgica.



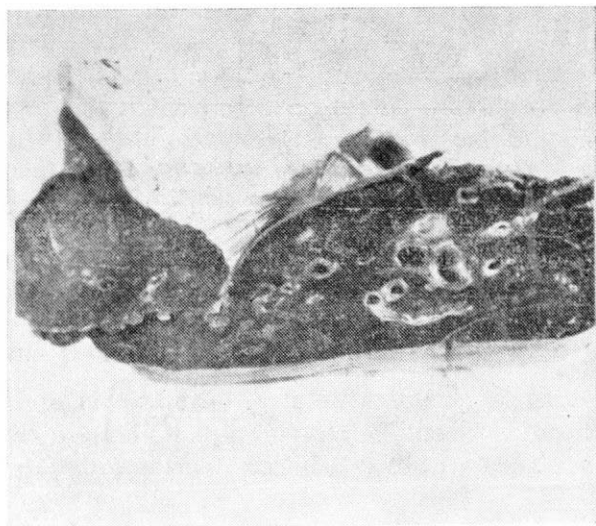
**MICROFOTOGRAFIA NUMERO 7**

Detalle de la metástasis carcinomatosa en un ganglio linfático yuxtapéptico en el cual la desmoplasia es sumamente notoria.



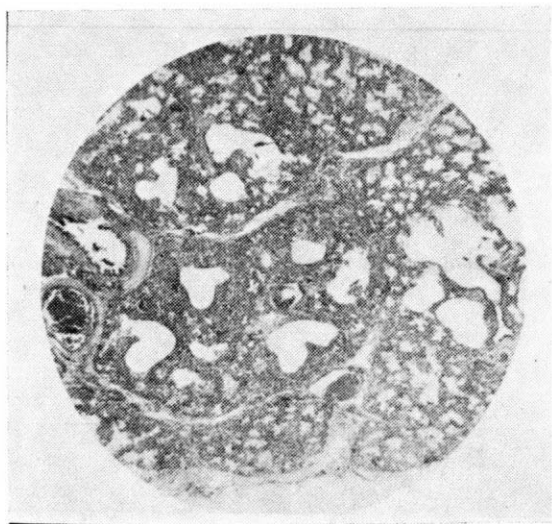
**MICROFOTOGRAFIA NUMERO 8**

Otro aspecto de las metástasis de los ganglios linfáticos.



**FOTOGRAFIA NUMERO 9**

Aspecto que presentaba el pulmón izquierdo, completamente en atelectasia.



**MICROFOTOGRAFIA NUMERO 10**

La microfotografía de un corte de pulmón derecho muestra un proceso de bronconeumonía terminal.

## CASO NUMERO OCHO

M. P. Edad 45 años. Ciudad de origen: Bogotá. Ciudad de procedencia: Usaquén. Servicio del Profesor Forero Villaveces.

**Nota clínica:** El enfermo ingresa al Servicio de Clínica Semiológica el 2 de septiembre de 1952, por presentar síntomas moderados de insuficiencia cardíaca, decaimiento y mal estado general.

**Antecedentes familiares:** Sin importancia. **Antecedentes personales:** Sarampión y varicela en la infancia; tifoidea en la edad adulta. Desde hace unos 20 años, dolores abdominales difusos. Hace 12 años tuvo ictericia que duró 15 días, con completo restablecimiento. Hace 8 años sufrió un ataque de reumatismo poliarticular agudo y, posiblemente, neumonía. Ha gozado de relativa buena salud hasta la enfermedad actual.

**Enfermedad actual:** Se inició aproximadamente dos meses antes de su ingreso al hospital, por la aparición de dolor epigástrico post-prandial, sensación de plenitud gástrica y distensión abdominal, síntomas estos progresivos. Días más tarde presentó dolor en el hemitórax derecho, disnea, tos con expectoración muco-purulenta, anorexia y enflaquecimiento. En estas condiciones ingresa al Servicio de Clínica Semiológica.

**Examen clínico:** Enfermo enflaquecido, de 57 kilos de peso, estado general regular, cianosis moderada y disnea. Presenta escasa pigmentación bronceada de la piel, principalmente en cara, antebrazos y piernas.

**Aparato circulatorio:** A la auscultación se escucha reforzamiento del segundo tono pulmonar; en los otros focos, los sonidos tienen un timbre normal. El pulso es duro y rápido, con frecuencia de 96 por minuto; la tensión arterial es de 180 mm. para la máxima y 80 para la mínima. Las arterias son duras y esclerosadas.

**Aparato respiratorio:** A la percusión hay macidez de la base derecha del tercer espacio intercostal hacia abajo, macidez que

se modifica con los cambios de posición de la enferma. En este sitio se aprecia abolición del murmullo vesicular, y en el resto del pulmón se auscultan estertores subcrepitantes que desaparecen a nivel de la zona de macicez. En el pulmón izquierdo se encuentran signos de suplencia respiratoria, congestión de la base y respiración ruda en el lóbulo superior. La frecuencia respiratoria es de 26 por minuto.

**Aparato digestivo y abdomen:** Abdomen globuloso con paredes muy tensas y signos francos de derrame líquido. A la palpación se produce dolor generalizado; el hígado es percutible desde el 5º espacio intercostal derecho, sobre la línea axilar anterior, colocando al paciente en decúbito lateral izquierdo; su límite inferior no se puede determinar por la existencia de gran meteorismo. Bazo percutible pero no palpable.

Demás órganos y aparatos, normales.

**Exámenes de laboratorio: Hemograma:** (septiembre 6/52). Eritrocitos: 4.000.000. Hemoglobina: 80%. Valor globular: 1. Leucocitos 12.400. Polimorfonucleares neutrófilos: 81%. Linfocitos: 19%. **Eritrosedimentación:** A la media hora 1 mm. y a la hora 2 mm. **Proteinemia:** Proteínas totales 6.24 grms. %. Albúminas, 3.80 grms. %. Globulinas, 2.44 grms. %. **Orina.** (septiembre 13 de 1952). Albúmina, huellas; uratos de soda + + + +, células de descamación +. **Materias fecales:** H. de áscaris +. **Abreugrafía:** "Lesiones nodulares pequeñas en ambos campos pulmonares". **Turbidez del timol:** (septiembre 8/52): 4.65 unidades. **Examen de esputo:** Negativo para bacilo de Koch al examen directo, en cuatro ocasiones diferentes. **Líquido ascítico:** (septiembre 12/52). Reacción de Rivalta, positiva; albúmina, 9.40 grms.  $\frac{\%}{100}$ . Negativo para bacilo de Koch al examen directo. Abundantes glóbulos rojos; polimorfonucleares neutrófilos, 12%. Linfocitos, 88%. **Radiografía:** N° 63.542, de septiembre 9 de 1952: "Derrame pleural derecho y múltiples elementos exudativos en el hemitórax izquierdo y en la parte visible del hemitórax derecho".

**Evolución y tratamiento:** El enfermo permanece con la sintomatología anotada atrás hasta el 10 de septiembre; este día se practica paracentesis con la extracción de líquido de color amarillo ámbar, el cual se envía para examen. Al día siguiente se hace punción evacuadora con extracción de 250 c.c. de líquido del mismo aspecto, y el 12 se extraen 900 c.c. de líquido hemorrágico por toracentesis derecha. Del día 14 al 20 el estado general del paciente declina rápidamente, la distensión abdominal se hace muy intensa y en un **examen proctológico** se evidencian: "Hemo-



rroides internas y ulceraciones sospechosas de amibiasis. La pared del recto se encuentra aumentada de espesor con un empastamiento muy notorio". Se prescribe prostigmina, se coloca sonda rectal y se hacen aspiraciones del contenido gástrico con intubación permanente, pero se fracasa en la reducción de la distensión abdominal, lo que hace pensar en un íleo-mecánico. Sin embargo, el paciente sigue verificando de modo regular una deposición diaria, de moderado volumen. El 19 de septiembre la distensión abdominal ha adquirido caracteres graves; se consulta a los servicios de cirugía y se acuerda que, aunque es indispensable una laparotomía exploradora, las condiciones generales del enfermo no la permiten.

El paciente presenta temperatura de 36°C, pulso de 120 por minuto, y 40 respiraciones; el cuadro clínico se agudiza y fallece al vigésimo día de hospitalización, a las 6 a. m.

La curva térmica osciló entre 36 y 37°C. y fue tratado con emetina a dosis de 0.6 grms. diarios; enterovioformo, seis tabletas diarias; prostigmina, una ampolleta dos veces al día y sonda rectal permanente. Este tratamiento le fue aplicado desde su hospitalización hasta el día 12 de septiembre. De esta fecha hasta su muerte, se cambió esta medicación por la de ácido paraminosalicílico, a razón de 10 grms. diarios, estreptomycin, 2 grms. en las 24 horas, prostigmina, una ampolleta cada seis u ocho horas, y la aplicación de sonda rectal permanente.

### DISCUSION CLINICA

**Profesor Patiño Camargo:** Interpretando los sentimientos del Servicio Científico de este hospital y, en general, los del personal científico de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional, presento un saludo muy atento y muy cordial al Profesor doctor Julius H. Bauer, aquí presente. A los estudiantes de Medicina quiero hacerles saber que el Profesor Bauer, en unión de Stokes, ya fallecido, y de Johnson, fue quien en Africa encontró la transmisibilidad de la fiebre amarilla en los monos. Este acontecimiento marcó el principio y el afirmamiento de todos los estudios que posteriormente desarrolló la fundación Rockefeller, los cuales culminaron con el hallazgo de la vacuna contra la fiebre amarilla, mediante la cual se ha controlado de manera permanente este flagelo tropical.

El Profesor Bauer es figura mundialmente conocida como hombre de ciencia, y la salubridad universal le debe varios servi-

cios. Nosotros los colombianos tenemos con el doctor Bauer deuda impercedera de gratitud, pues él vino en el año de 1932 para investigar la fiebre con ictericia de Santa Marta y en general de la costa caribe, en asocio del Profesor Ker, para dilucidar si se trataba de la fiebre amarilla o de otra entidad, tal como la espiroquetosis icterohemorrágica.

Tuve el honor y la satisfacción de trabajar en esa ocasión al lado del Profesor Bauer, por quien tengo la más alta estimación y el mayor respeto.

Hoy ha llegado nuevamente a Colombia a prestar un nuevo e inapreciable servicio como es el de buscar el mejoramiento de nuestros estudios médicos.

Sea pues bienvenido el Profesor Bauer a estas Conferencias Anatomoclínicas, y sepa que entre los estudiantes de Medicina y entre los miembros del personal científico de la Facultad y del hospital, tiene y tendrá siempre muy cordiales amigos.

**Doctor Jorge Piñeros Corpas:** El paciente del caso que nos ocupa, a partir del 5º día de hospitalización, presentó un cuadro clínico de alteraciones del aparato digestivo, por una parte; y alteraciones del aparato respiratorio, por otra.

El cuadro abdominal consistía fundamentalmente en gran distensión abdominal, con silencio casi completo y derrame líquido moderado, puesto que sólo llegamos a extraer en una paracentesis 200 c.c. Estas alteraciones fueron principalmente las que determinaron su ingreso, y venían evolucionando en forma progresiva desde unos dos meses antes.

El cuadro respiratorio se había manifestado, desde el punto de vista de la anamnesis, por disnea, dolor en el hemitórax derecho y tos con expectoración escasa y purulenta, y desde el punto de vista clínico y radiológico, por la presencia de un derrame pleural derecho, del cual se lograron extraer 900 c.c. de líquido hemorrágico.

En cuanto a la sintomatología abdominal, era posible afirmar un ileus, a pesar de la deposición diaria que efectuaba el paciente. Es un hecho más o menos frecuente, que aun después de completarse una oclusión, el paciente puede seguir evacuando la porción distal de su intestino y verificar, durante algunos días, expulsión de materias fecales y de gases. Por esta causa, la evacuación intestinal no es dato suficiente para descartar el ileus cuando éste se localiza en un sitio alto del intestino.

En favor del ileus de este paciente está también el fracaso del tratamiento médico que se hizo mediante el empleo de sonda rectal, la intubación intestinal y la aplicación de prostigmina.

Inicialmente, en el Servicio consideramos que el meteorismo tuviera como origen una amibiasis, fenómeno este que hemos observado con mucha frecuencia; por esta razón prescribimos el tratamiento antiamibiano. Pero más tarde supusimos que se trataba de un ileusmecánico —dependiente de una posible tuberculosis intestinal, que obrara por un mecanismo de acodaduras y cicatrices— y establecimos el tratamiento a base de ácido paraminosalicílico y de estreptomycin.

También pensamos en la posibilidad de un linfosarcoma o de un carcinoma de la porción terminal del intestino, después de que le fue practicada la sigmoidoscopia. Recurriendo a las estadísticas, se encuentra una proporción favorable al carcinoma, y dentro de los carcinomas tendríamos que considerar en primer lugar los del sigmoide, que son los más frecuentes, y en seguida los del ciego.

En cuanto al problema pulmonar, lo más llamativo era el derrame pleural abundante y hemorrágico, con una imagen pulmonar exudativa que hizo plantear inmediatamente el diagnóstico de tuberculosis miliar. Sin embargo, en cuatro ocasiones las baciloscopias fueron negativas. Y pienso que si las lesiones pulmonares correspondían realmente a una tuberculosis exudativa, necesariamente el bacilo se hubiera debido encontrar en alguno de los exámenes practicados; este hecho está definitivamente en contra de la tuberculosis.

Por otra parte, el derrame pleural hemorrágico, más que de una tuberculosis, es sumamente sugestivo de un compromiso neoplásico de la pleura, que en este caso sería una lesión metastásica que partía posiblemente del colon.

Relacionando ya los dos problemas, el pulmonar y el digestivo, surgen dos hipótesis diagnósticas: Una tuberculosis pulmonar e intestinal y una carcinomatosis intestinal con metástasis pulmonares.

Teniendo en cuenta las baciloscopias negativas en diferentes ocasiones y los datos de la sigmoidoscopia y el derrame pleural hemático, considero que no era la tuberculosis sino el cáncer el responsable del proceso de este paciente. La hipótesis de cáncer de la porción terminal del intestino es la que más me seduce.

**Doctor Alfonso Díaz Amaya:** Tuve oportunidad de ver este enfermo con el Interno del Servicio de Clínica Semiológica en el comienzo de su hospitalización. Como tenía un derrame pleural y signos de un proceso exudativo, mi primera impresión fue de que se trataba de una poliserositis reumática, más que de tuberculosis. Pero cuando la placa radiológica mostró lesiones pulmo-

nares de tipo nodular, me aparté en forme definitiva de la etiología reumática, quedándome entonces con las mismas posibilidades expuestas por el doctor Piñeros: Un cáncer de la porción terminal del intestino grueso, o más remotamente, una tuberculosis pulmonar e intestinal.

La pigmentación que se anota en la historia la consideré más bien racial, puesto que no había pigmentación de las mucosas. Y en cuanto a las radiografías, la placa de tórax es mucho más sugestiva de lesiones bacilares que de lesiones tumorales. Sabemos que para que aparezca en el curso de una tuberculosis un derrame pleural, se necesita que haya estado de alergia. Experimentalmente se ha inoculado directamente en la cavidad pleural de curies vírgenes el bacilo tuberculoso y no se ha podido demostrar que sea capaz de producir derrame; pero si se inocula en curies que ya están tuberculizados, aparece el derrame. En forma semejante, la clínica nos demuestra cómo en enfermos que tienen bronconeumonía tuberculosa —lo que llamaban antiguamente tisis galopante— o neumonía caseosa, formas sumamente graves y anergizantes de bacilosis, generalmente no reaccionan las serosas con derrame líquido. Y en cambio, la pleuresía tuberculosa es sumamente frecuente en el período secundario de la tuberculosis cuando el individuo ha desarrollado alergia.

Señalo esto, porque el estado general del paciente era en extremo grave y declinaba rápidamente; de tal manera que no dejaba de llamar la atención que este paciente presentara derrame pleural con tan rápido decaimiento de su estado general, inicio para la alergia tuberculosa.

A más de lo anterior, encuentro también en contra de la tuberculosis, el hecho de que la imagen sugeriría desde luego una siembra hematógena, y la mayoría de los enfermos que presentan estas lesiones casi siempre tienen una laringitis, que no presentaba este enfermo. Estos hechos, unidos a la evolución afebril y a la falta de respuesta al tratamiento, están definitivamente en contra de la tuberculosis. Menos valor tiene para mí el hecho de que hubieran sido negativas las cuatro baciloscopias que le fueron practicadas, puesto que en el curso de la granulía, por ejemplo, es bastante raro que el paciente muestre bacilos en el examen de la expectoración. La imagen radiológica sugiere una siembra hematógena, de tipo nodular, y en estos casos hay poca comunicación con el bronquio. Tampoco hay evidencia de una imagen cavitaria.

Desde el punto de vista abdominal, la distensión no era uniforme sino con cierta asimetría, lo que nos hizo pensar en la

existencia de algún obstáculo mecánico, a pesar de que hacía una deposición diaria.

Me llama la atención la hipótesis del cáncer del intestino grueso. Quisiera consultar con los entendidos en la materia si es compatible la presencia de dicho carcinoma con metástasis pulmonares.

**Doctor Roselli:** Considero que la historia da suficientes datos para aproximarnos al diagnóstico etiológico, y estoy de acuerdo en líneas generales con la hipótesis planteada por el doctor Piñeros.

Evidentemente, el paciente tenía una larga historia abdominal de dolores sufridos desde mucho tiempo atrás, fenómenos de ileus terminal y de hemorroides, hechos estos que deben valorarse en conjunto. También presentaba ulceraciones y empastamiento de la pared rectal, lo que nos lleva a la conclusión de que las manifestaciones predominantes en el paciente eran digestivas. Figuran además lesiones, de aparición posterior, tales como derrame pleural y pequeñas nodulaciones pulmonares, posiblemente carcinomatosas. Por todas esas consideraciones, me atrevo a pensar en la existencia de una neoplasia de la porción terminal del intestino.

Deben tenerse en cuenta, sin embargo, otros datos como la leucocitosis alta con predominio de los neutrófilos y la eritrosedimentación baja. Considero que estos datos hacen perder terreno a la tuberculosis en la etiología de las lesiones múltiples que llevaron rápidamente al paciente a la caquexia y a la muerte. El hecho de que existiera una sedimentación baja, la ausencia de manifestaciones febriles y el que la fórmula leucocitaria implique una lesión focal piógena —que podría ser un cáncer infectado de la región rectosigmoidiana— me hace sospechar que es mucho más presumible la hipótesis planteada por el doctor Piñeros de lesión carcinomatosa y de localización cólica. Por consiguiente me quedo con el diagnóstico de carcinoma del intestino grueso, presumiblemente de la porción terminal.

**Doctor Fernando Valencia Céspedes:** Este es un enfermo que entró en pésimo estado general a un Servicio de Clínica Semiológica, enfermo que desde el principio se hizo sospechoso de lesiones intestinales y, sin embargo, no hay dato de una sola radiografía de tubo digestivo, en la historia clínica que nos fue reparada. Fue también un paciente que, como anotó el doctor Díaz, entró al hospital sin derrame pleural y luego lo hizo con relativa rapidez. Hay una placa de tórax en la cual no se le ha dado mayor

importancia, y sin embargo la tiene, al hecho de que presenta vértices libres y bases con una imagen sugestiva de tuberculosis y nódulos sugestivos de metástasis.

Tiene además el paciente una proctología anormal, sospechosa de neo.

Si a estos datos se agrega la leucocitosis sin eritrosedimentación acelerada, se puede llegar fácilmente al diagnóstico de cáncer.

Bajo esta hipótesis, podemos pensar en qué órganos con neoplasias son capaces de dar metástasis pulmonares: En primer lugar el tiroides, el cual se puede descartar en este caso por estar normal. En segundo lugar el riñón, que no fue explorado. En tercer lugar el testículo, que puede descartarse porque no presentó ninguna lesión. En cuarto lugar el sistema óseo, que también puede desecharse por la falta de evidencia clínica de lesiones, y finalmente, los tumores del tubo digestivo.

Como evidentemente hay lesiones de la porción terminal del tubo digestivo, considero que allí está el neoplasma primitivo, neoplasma que puede ser o un adenocarcinoma o un tumor de origen linfoide.

### RESUMEN DE AUTOPSIA

**Doctor Javier Isaza González:** El caso de hoy es el de un paciente en la edad media de la vida, con un retículo-sarcoma desarrollado a expensas del tejido linfoide de la porción terminal del intestino grueso, tumor que hizo siembras en el peritoneo, hígado y páncreas; comprometió los ganglios linfáticos e hizo finalmente metástasis a pulmón y a pleura. Esta variedad de tumor es poco frecuente, y se desarrolló en un organismo previamente afectado por tuberculosis de localización pulmonar y ganglionar.

En la autopsia encontramos la cavidad peritoneal con 380 c.c. de líquido de color salmón, turbio y muy rico en grumos; el peritoneo aparecía sembrado de masas aisladas o confluentes de aspecto neoplásico, las cuales medían de 0.6 a 0.9 cms. de diámetro, llamando la atención la gran dilatación de las asas del intestino delgado y la presencia de acodaduras y retracciones notorias en sus mesos. Igualmente se halló que las paredes del recto tenían espesor mucho mayor que normalmente, consistencia acartonada y numerosas ulceraciones en la mucosa (fotografía N<sup>o</sup> 1), todo lo cual daba la impresión de corresponder a

un proceso neoplásico. El examen histológico de los cortes practicados sobre esta porción del intestino grueso puso de presente la existencia de un tumor maligno desarrollado a expensas del retículo endotelio de los folículos linfoides, enormemente infiltrante, que se confundía frecuentemente con las paredes de los vasos sanguíneos y de los vasos linfáticos, y que se acompañaba de zonas de hemorragia y de necrosis (microfotografías Nos. 2, 3, 4 y 5). De la mucosa de la porción del intestino afectado sólo se encontraron fragmentos a manera de islotes (microfotografías Nos. 6 y 7), y en general, los cambios de estructura producidos por el neoplasma hicieron sumamente difícil la individualización de las diferentes capas intestinales. Este tumor estaba constituido histológicamente por células de núcleo hiper cromático, polimorfo y algunas veces vesiculado, con citoplasma abundante acidófilo, que muestra con frecuencia fibrillas que se entrecruzan con las de las células vecinas (microfotografía N<sup>o</sup> 8); las células muestran diferencias marcadas de tamaño y de forma, y las hay también gigantes de uno o más núcleos (microfotografías Nos. 9 y 10); las figuras de división indirecta son abundantes.

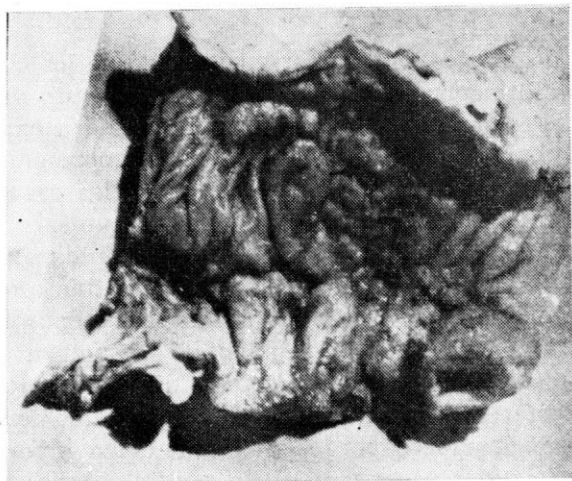
La razón principal que tuvimos para clasificar este tumor como un reticulosarcoma y no como un linfosarcoma linfoblástico, fue precisamente la presencia de fibrillas en retículo partidas del citoplasma de las células tumorales (microfotografía N<sup>o</sup> 11).

El tumor había comprendido las demás porciones del tubo digestivo, las cuales estaban invadidas a partir de la serosa; los nódulos descritos anatómicamente tenían una estructura histológica idéntica a los del tumor primitivo (microfotografías Nos. 12 y 13).

Otro sitio importante de metástasis fue la pleura; encontramos en la cavidad derecha un derrame hemático en cantidad de 280 c.c. y en la izquierda un derrame semejante. En ambas pleuras se hallaron numerosas adherencias fibrosas, y al examen microscópico, un proceso inflamatorio y focos de reproducción del neoplasma ya descrito.

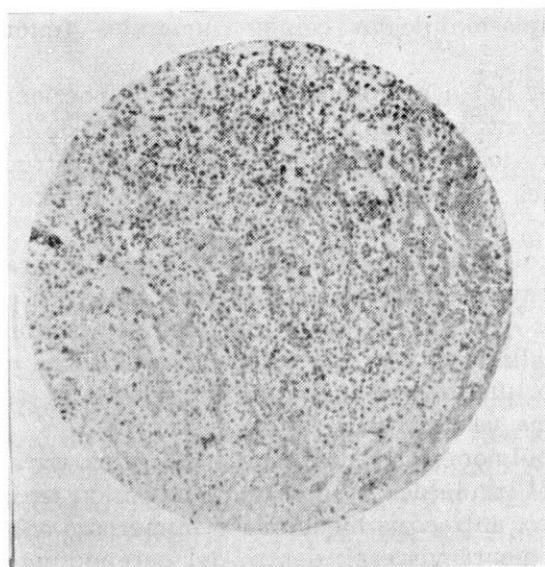
En los pulmones, con un peso de 610 grms. para el derecho y 524 para el izquierdo, la superficie de sección tenía color gris rosado oscuro, antracosis moderada y numerosas adherencias fibrosas a la pleura visceral; dentro del parénquima se hallaron nódulos firmes cuyo diámetro oscilaba entre 0.2 cms. y 0.9 cms., unos con aspecto tuberculoso y otros con aspecto neoplásico. El examen histológico de pulmón puso en evidencia reproducciones del neoplasma con características histológicas idénticas a las del





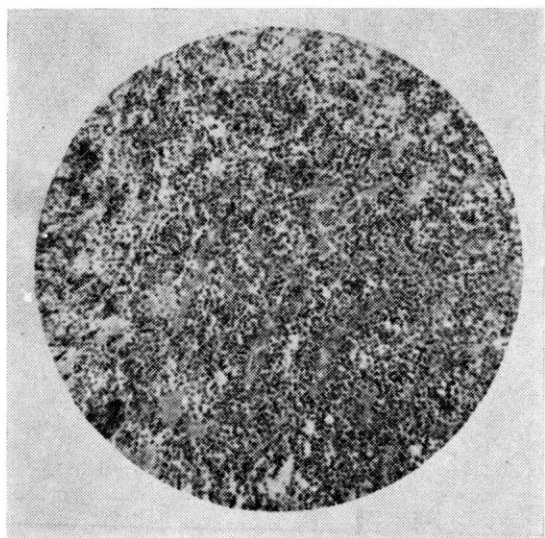
**FOTOGRAFIA NUMERO 1**

Aspecto que presentaba el recto en el sitio de localización del tumor primitivo.



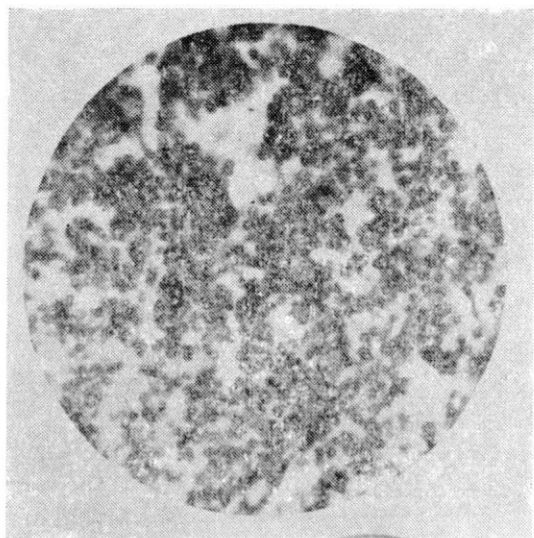
**MICROFOTOGRAFIA NUMERO 2**

Esta microfotografía muestra restos de fibras musculares del recto, y reproducción del tumor.



**MICROFOTOGRAFIA NUMERO 3**

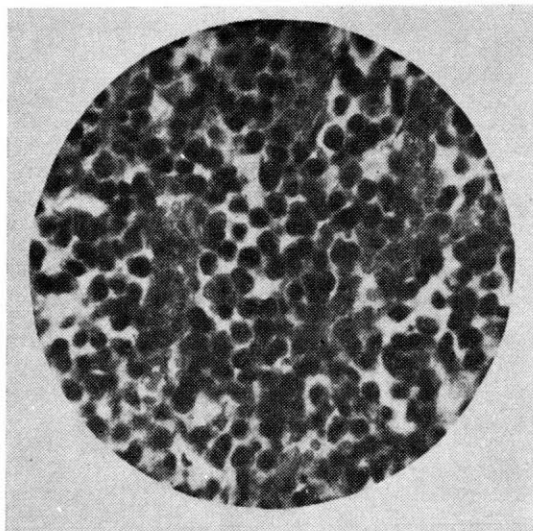
Aspecto general del tumor, en un corte practicado sobre las paredes del recto.



**MICROFOTOGRAFIA NUMERO 4**

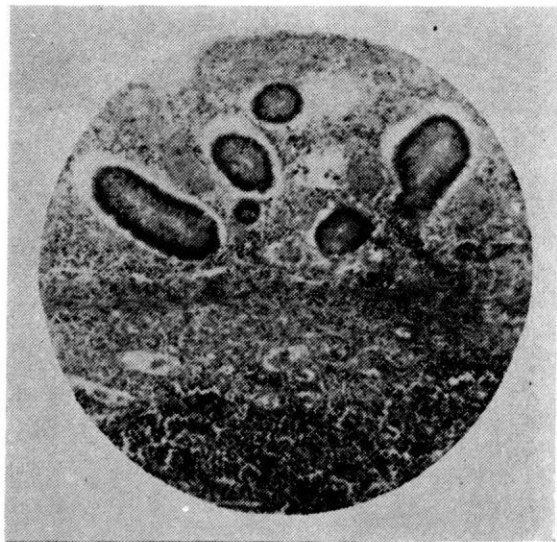
En la parte inferior derecha de la preparación puede verse un vaso linfático ocupado por células tumorales.





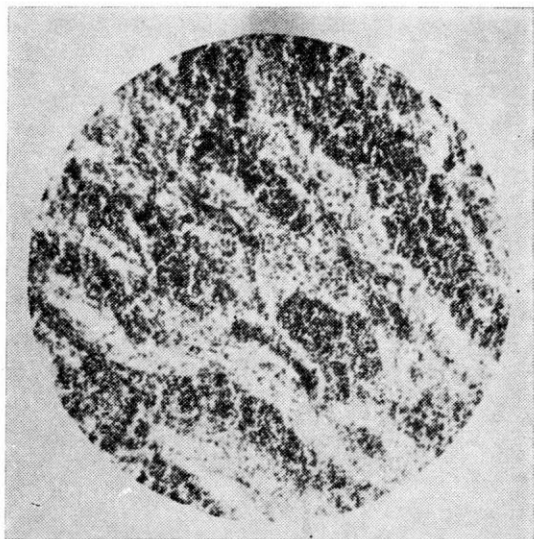
**MICROFOTOGRAFIA NUMERO 5**

En esta microfotografía se puede ver la estructura reticular del tumor y la ausencia de paredes propias de los vasos sanguíneos, características fundamentales del reticulosarcoma.



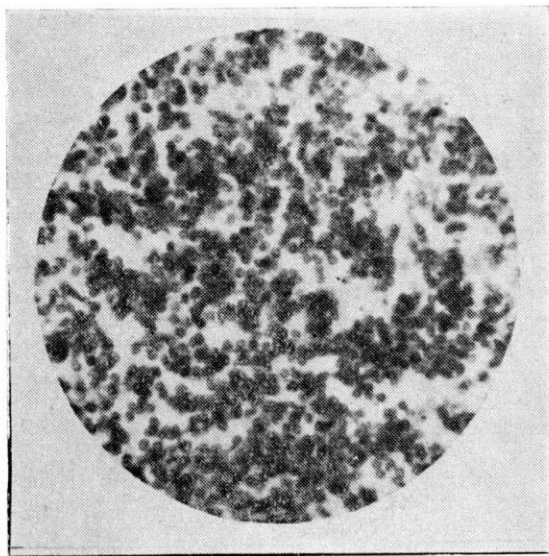
**MICROFOTOGRAFIA NUMERO 6**

Corte practicado sobre el tumor en el cual se pueden apreciar algunas glándulas nuevas del recto, la muscularis mucosa, parte de la submucosa y tejido neoplásico que comprometía el resto del órgano.



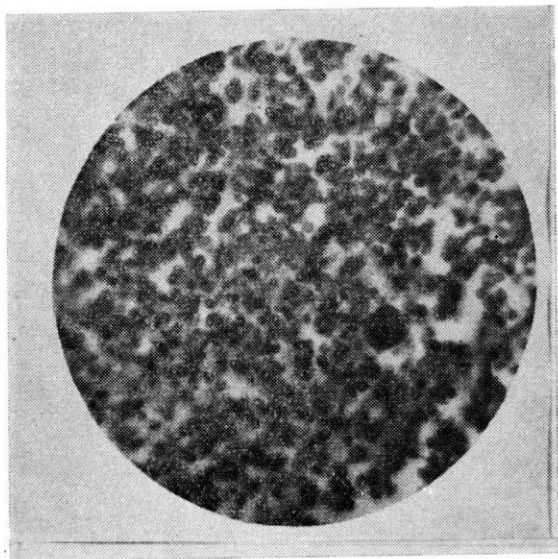
**MICROFOTOGRAFIA NUMERO 7**

Invasión neoplásica de la submucosa rectal.



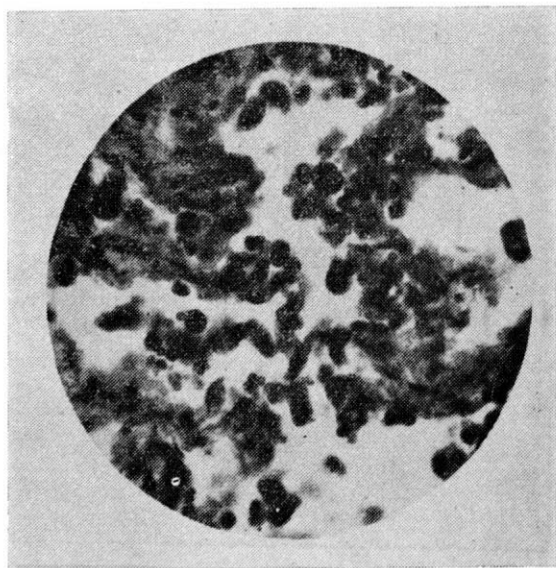
**MICROFOTOGRAFIA NUMERO 8**

Preparación que permite ver, globalmente, fibrillas en casi todos los elementos neoplásicos.



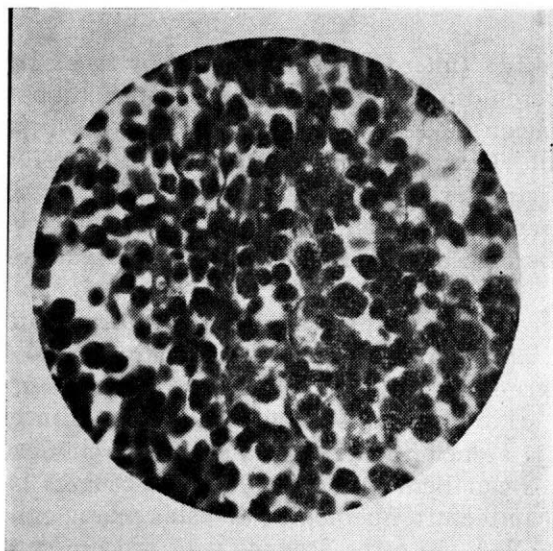
**MICROFOTOGRAFIA NUMERO 9**

En la parte superior de la microfotografía se puede ver una célula gigante con varios núcleos.



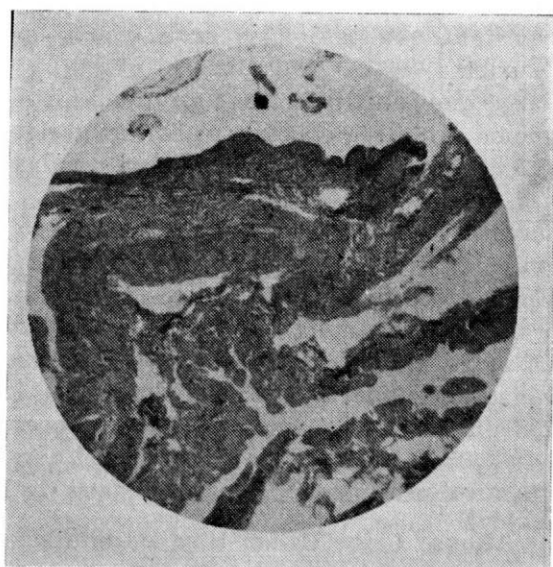
**MICROFOTOGRAFIA NUMERO 10**

Otro aspecto del tumor en el cual las células muestran diferencias de tamaño y de forma.



**MICROFOTOGRAFIA NUMERO 11**

A grande aumento, detalle del tumor que permite apreciar claramente las prolongaciones reticulares de los elementos neoplásicos.



**MICROFOTOGRAFIA NUMERO 12**

A pequeño aumento, metástasis sobre la serosa del intestino delgado. (Parte superior de la microfotografía).

tumor primitivo (microfotografía N<sup>o</sup> 14), y la existencia de un proceso tuberculoso antiguo, cicatricial, con nódulos compuestos por caseificación moderada y tejido de esclerosis organizado concéntricamente (microfotografía N<sup>o</sup> 15).

Todas estas formaciones pueden corresponder a las imágenes nodulares descritas en las radiografías, interpretadas como lesiones tuberculosas, y que efectivamente, algunas de ellas así lo eran.

El páncreas, con un peso de 115 grms., estaba infiltrado por el mismo neoplasma que partía del intestino. Y el hígado, que pesó 2.300 grms., dejaba ver numerosas formaciones de aspecto neoplásico, semejantes a las encontradas en el intestino. También llamó la atención la presencia de masas similares en la periferia de los canalículos biliares y de los canales biliares exteriores; la arquitectura histológica de estas masas es idéntica a la del tumor hallado en otros órganos y el proceso se acompañaba de degeneración grasosa moderada (microfotografía N<sup>o</sup> 16).

Vale la pena mencionar el hallazgo de focos de reproducción del neoplasma en la cápsula suprarrenal derecha, la cual pesó 11 grms., y en la izquierda, que pesó 5 grms. (microfotografía N<sup>o</sup> 17). Y el hallazgo de un proceso de tuberculosis caseosa en los ganglios intratorácicos e invasión del retículo-sarcoma ya descrito (microfotografías Nos. 17A y 18).

En el encéfalo, que pesó 1.340 grms., tan sólo se encontró congestión y edema.

Un hallazgo que constituye una curiosidad histológica fue el de un leiomioma de la región cortical del riñón derecho, tumor que medía 1.5 cms. de diámetro, de origen muscular (microfotografías Nos. 19 y 20).

Como se ve, el hallazgo en la autopsia de un retículo-sarcoma del recto está completamente de acuerdo con los datos del examen proctológico. Los fenómenos de ileus que padeció el enfermo hasta su muerte son explicables por la pseudo-oclusión ocasionada por los acortamientos del mesenterio y las acodaduras del intestino delgado secundarias a la neoplasia. Las imágenes radiológicas del pulmón correspondían unas al proceso tuberculoso cicatricial y otras al proceso neoplásico, y el derrame pleural era posiblemente consecuencia de las metástasis de la serosa.

**Profesor Alfonso Uribe Uribe:** Hay un dato sumamente importante para el diagnóstico etiológico de la entidad de este paciente, y es la rectoscopia. Yo subrayé en la historia un aparte que dice: "La pared del recto se encuentra aumentada de espesor y con un espesamiento muy notorio". A mí sí me llamó la



atención que no le hubieran dado valor en la discusión clínica a este dato, y hubieran vacilado en afirmar un diagnóstico que era evidente, por el dato del tacto rectal y la proctoscopia, desde un principio; ya que no se explica sino por un tumor del recto o del para-recto, la sensación que se obtuvo en el tacto rectal, como lo anotan en la historia.

No recuerdo sino dos clases de tumores que motiven ese estado rectal: Las metástasis de algunos carcinomas del estómago, cuando hacen invasión al saco de Douglas y envuelven el recto como en una coraza; y los carcinomas primitivos del recto, cualquiera que sea su naturaleza.

Me da pues la impresión de que es una conclusión a sacar de este caso el error de no haber tomado en cuenta ese detalle, que está tan bien consignado en la historia, y no haberlo pasado por alto, cuando él hubiera podido servir para hacer un diagnóstico clínico exacto.

Me llama también la atención lo que anota el doctor Díaz en relación con las metástasis pulmonares, que en un momento dado pueden tener la apariencia de lesiones de tipo exudativo. Y yo recuerdo dos modalidades: Una forma de metástasis carcinomatosas miliars, que tienen exactamente la misma apariencia radiológica de las lesiones tuberculosas; y otra, la de metástasis linfangíticas, que dan la misma apariencia en la pantalla, pero menos difusa. Por esto, no siempre que se encuentra una apariencia miliar en los pulmones debemos someternos a la idea de la tuberculosis. Porque son varias las otras entidades que la producen, y entre ellas las neoplásicas. Aun el mismo estado de congestión pasiva que había en estos pulmones y la imagen de la arteria pulmonar que muestra la radiografía, pudieron contribuir al aspecto exudativo y a su confusión con un proceso miliar.

Es curioso que hubiera una eritrosedimentación muy baja en este enfermo, porque aparentemente no concuerda con nada. Debemos recordar que los sujetos en estado de caquexia no elevan su sedimentación, hecho este que debe tenerse en cuenta para no desorientarnos en el diagnóstico.

Es también llamativo el excesivo valor que le quieran dar a la reacción de Rivalta positiva, y a la presencia de albúmina y linfocitos en el líquido pleural, valorándolos como de significación tuberculosa. Tales hechos sólo indican evolución crónica de una afección de la serosa, la cual puede ser reumática, tuberculosa o neoplásica, como en este caso.

Por lo demás, este caso es sumamente interesante y valdría la pena hacer comentarios después de conocido el resultado de la autopsia.

**Doctor Fernando Valencia Céspedes:** Conocida la autopsia y revisada la placa radiológica, creo que sí se hubiera podido hacer el diagnóstico de lesiones tuberculosas cicatriciales puesto que había nódulos demasiado duros para que correspondieran a un proceso exudativo, especialmente los vecinos a los vértices. En cambio, en las bases, las lesiones nodulares son diferentes y sugieren muchas más formaciones metastásicas.

**Doctor Alfonso Díaz Amaya:** Tengo interés en saber la manera de propagarse de estos tumores linfoides, puesto que si lo hacen por vía sanguínea, es bastante fácil explicar las metástasis pulmonares; pero en cambio, si la metástasis se hace por vía linfática, su explicación sería difícil.

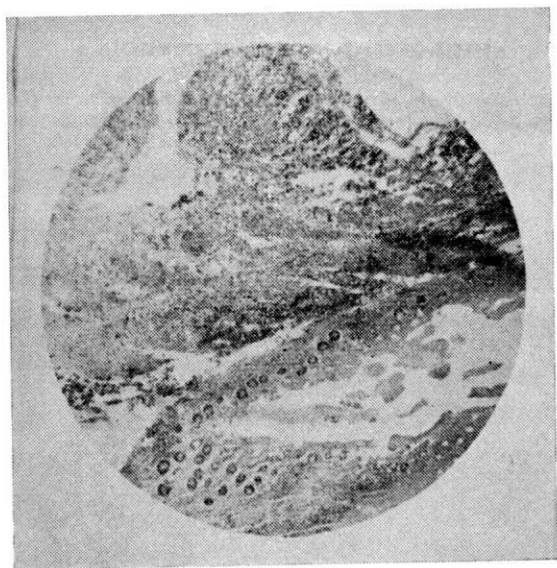
**Profesor Juan Pablo Llinás:** Precisamente en esta variedad de sarcomas, la metástasis es más frecuente por vía linfática que por vía sanguínea, a pesar de ser sarcoma, por ser justamente del sistema linfático, y por esta misma razón se encontraron metástasis del tracto digestivo, de los espacios portobiliares y de la cápsula de Glisson del hígado y de las pleuras. Por esta causa también, las metástasis del pulmón no son ni muy numerosas ni muy extensas. Naturalmente que cuando el tumor adquiere un desarrollo bastante grande y una forma ulcerativa, las metástasis pueden hacerse por ambas vías, sanguínea y linfática.

Pero en términos generales, las metástasis del sarcoma linfoide se hacen por vía linfática.

**Profesor Manuel Sánchez Herrera.** Al estudiar los cortes histológicos con el doctor Isaza, pudimos observar que se trataba de un retículo-sarcoma que comprometía prácticamente todo el tubo digestivo, desde el recto hasta el esófago. La manera como el tumor se iba extendiendo hacia arriba, el que en el recto no se hubieran podido identificar prácticamente las diferentes capas a causa de la invasión neoplásica; el compromiso de la serosa y de todos los ganglios, así como la infiltración neoplásica de fuera hacia adentro a partir de la capa serosa, nos permitió afirmar que era primitivo del recto. Este tumor lo encontrarán ustedes descrito por algunos autores como un linfosarcoma de células reticuladas, y por otros, como un retículo-sarcoma. Los americanos —que en muchísimas cosas nos sirven de guía— concluyen en que es mejor denominarlos retículo-sarcoma porque existe

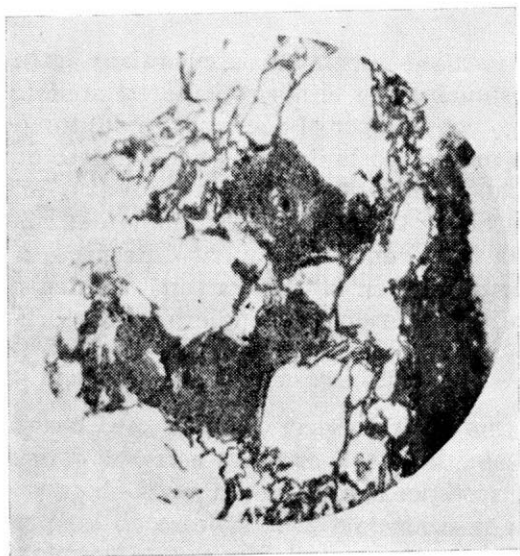
también un retículo-sarcoma de la medula y de algunos otros órganos en los cuales hay tejido retículo endotelial.

El hallazgo anotado por el doctor Isaza del tumor encontrado en el riñón es muy importante por ser el primero que se encuentra en este Laboratorio durante los veinte (20) años que llevo trabajando en él. Se trata de un leiomioma del riñón, de localización cortical, de 1.5 cms. de diámetro. Respecto a su etiología, debemos recordar que en la cápsula renal existen fibras musculares cuyos restos embrionarios pudieron darle origen.



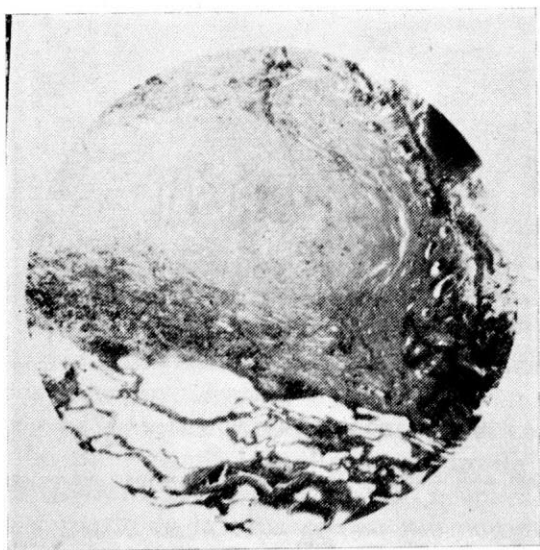
**MICROFOTOGRAFIA NUMERO 13**

Invasión neoplásica de la serosa y las capas musculares del  
intestino grueso.



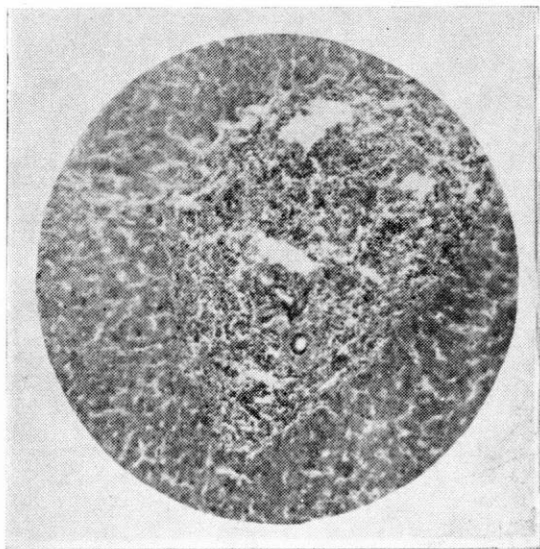
**MICROFOTOGRAFIA NUMERO 14**

A la derecha puede verse la pleura con infiltración neoplásica, y a la izquierda, reproducciones del retículo-sarcoma, dentro del parénquima pulmonar.



**MICROFOTOGRAFIA NUMERO 15**

Corte practicado sobre un foco tuberculoso que muestra caseificación central y tejido de esclerosis organizado concéntricamente. En los alvéolos vecinos se ve, además, infiltración neoplásica.



**MICROFOTOGRAFIA NUMERO 16**

Focos de reproducción del neoplasma en los espacios portobiliares; casi siempre los canaliculos biliares permanecen intactos. (Parte inferior de la microfotografía).



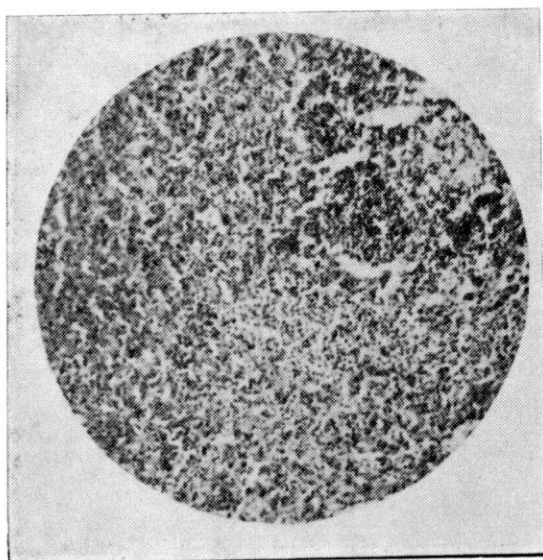
**MICROFOTOGRAFIA NUMERO 17**

En este corte de glándula suprarrenal se ve la reproducción del tumor que ha destruido completamente parte de la zona fasciculada y toda la zona reticular de la glándula (derecha).



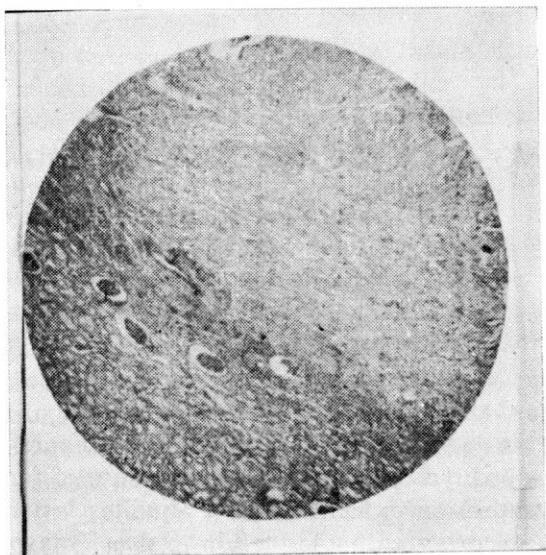
**MICROFOTOGRAFIA NUMERO 17-A**

Corte de un ganglio linfático intratorácico afectado por tuberculosis activa, con focos de reproducción del reticulosarcoma (parte superior derecha).



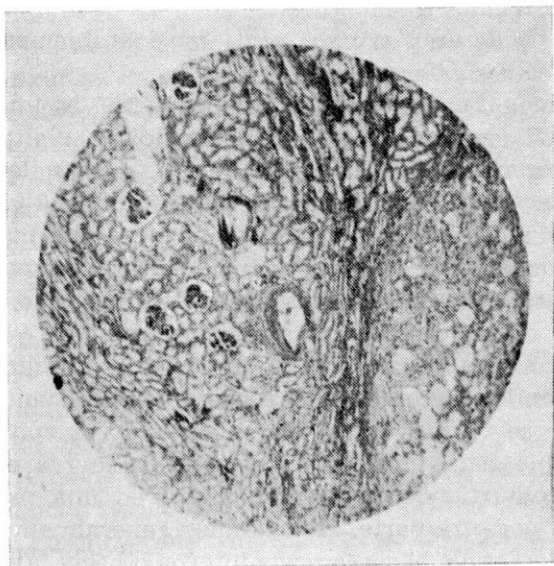
**MICROFOTOGRAFIA NUMERO 18**

En la microfotografía se pueden ver restos de folículos linfoides en la parte superior derecha, y reproducción del reticulosarcoma en el resto del parénquima ganglionar.



**MICROFOTOGRAFIA NUMERO 19**

En la parte inferior de la microfotografía puede verse tejido renal normal, con tubos y glomérulo; en el resto, se aprecia la arquitectura del fibroma encontrado en el riñón.



**MICROFOTOGRAFIA NUMERO 20**

Otro aspecto del fibroma del riñón, que muestra focos difusos de infiltración grasosa.



## ESTENOSIS MALIGNAS DEL ESTOMAGO <sup>(1)</sup>

Por los doctores: **José A. Jácome Valderrama, Roberto Gutiérrez Arango, Augusto Parra Torres y Humberto Forero Laverde.** Estudios radiográficos del doctor **Julio Medina Medina.**

Al hablar de estenosis malignas del estómago, no vamos a referirnos a las obstrucciones producidas por lesiones extrínsecas, en las cuales influye como causa determinante el fenómeno mecánico de compresión exterior, sino a aquellas lesiones que primitivamente se originan en los tejidos del estómago, vale decir en sus paredes u orificios.

Las estenosis intrínsecas malignas del estómago son producidas generalmente por tumores derivados de sus diferentes tejidos y por consiguiente se agrupan en dos grandes tipos, a saber: los sarcomas, los carcinomas y los adenocarcinomas, según se deriven de los tejidos de sostén o conjuntivos y de los tejidos glandulares o epiteliales. Es importante tener en cuenta esto, pues la sintomatología de unos y otros varía considerablemente, ya que afectan funciones diferentes.

El estómago, considerado anatómicamente, es un reservorio que tiene una capacidad determinada en donde se almacenan los alimentos ingeridos durante algún tiempo, que oscila, en personas normales, entre 4 y 6 horas. Desde el punto de vista fisiológico, el estómago tiene dos grandes funciones que pueden verse afectadas por las estenosis malignas: la función motora y la función secretora. Esta última se ve más afectada, como es lógico de suponer, en los carcinomas y adenocarcinomas, ya que éstos se desarrollan a expensas de la mucosa, que es el tejido secretor; en cambio, en los sarcomas permanece indemne. También la función motora se ve más afectada en los tumores epiteliales malignos, ya que éstos tienen tendencia a fijarse y a estrechar el estómago, convirtiendo una pared móvil en una pared rígida. El sarcoma, por otra parte, es un tumor generalmente móvil, ya sea que se desarrolle hacia la parte interna o hacia la parte externa del órgano, y generalmente no limita en nada su movilidad,

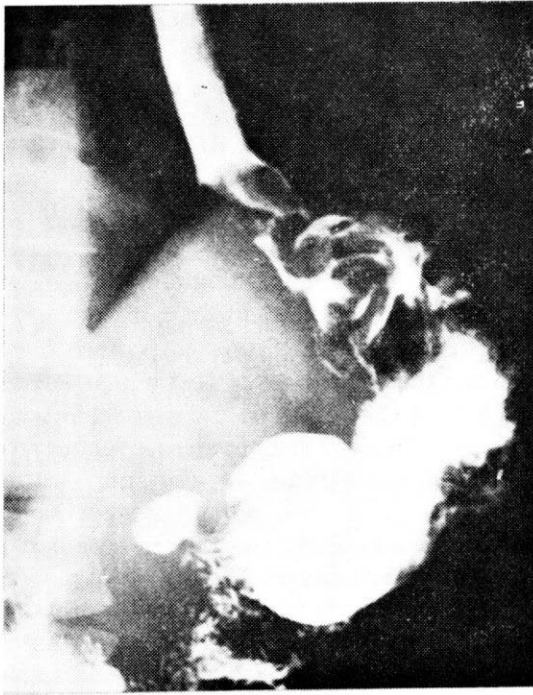
<sup>1</sup> Contribución del Instituto Nacional de Cancerología a la V Convención Nacional de Gastroenterología.

a menos que su tamaño sea muy grande. Desde el punto de vista anatómico, sucede más o menos algo similar, ya que el adenocarcinoma, por su tendencia infiltrativa y estenosante, generalmente reduce considerablemente la capacidad del estómago, mientras que el sarcoma, aun cuando adquiere tamaños considerables, permite la acomodación y distensión del órgano, sin llegar a producir estenosis. También desde el punto de vista anatómico de localización del tumor, tiene importancia considerar —como veremos más adelante— si está situado en las paredes o en los orificios, ya que la fisiopatología, y por lo tanto la sintomatología, varían considerablemente según esto.

El sarcoma gástrico es un tumor muy poco frecuente. Entre 301 casos de estenosis malignas del estómago, observadas en el Instituto Nacional de Cancerología, no se encuentra ningún caso, pues todas corresponden a carcinomas o adenocarcinomas. Estadísticas extranjeras consultadas revelan que sobre 2.398 casos de tumores malignos gástricos, solamente correspondían a sarcomas 52 casos, o sea el 2.16%, mientras que a carcinomas correspondían 2.346 casos, o sea el 97.63%. El único caso que conocemos se refiere a uno tratado por uno de nosotros y reportado a la Asociación Nacional de Gastroenterología. Este tumor, cuya localización era sobre la cara anterior y hacia la porción antral del estómago, con un tamaño tan considerable como puede observarse en estudio radiológico que se presenta, no había producido ninguna estenosis, al menos apreciable. Si bien es cierto que la distensión y la ptosis gástrica observadas podrían sugerir una estenosis crónica a la cual el estómago se había ido acomodando, sin embargo el tránsito alimenticio se conservaba enteramente normal y no había retención alguna después de 4 o 6 horas. Por ello creemos más bien que esta dilatación y ptosis pueden corresponder a una acomodación del órgano para desempeñar sus funciones normales, o a una consecuencia lógica por el peso del tumor.

En el carcinoma gástrico, la estenosis es uno de los signos más frecuentes, y podría decirse que en la evolución final, todo carcinoma llega a ella.

El carcinoma gástrico es uno de los tumores malignos de mayor frecuencia, siendo el que figura en primer lugar como cáncer digestivo. En el hombre, corresponde al 35% del cáncer que afecta a este sexo. En la mujer, ocupa el segundo lugar de frecuencia, siendo superado solamente por el cáncer del seno y siguiéndole el cáncer uterino. En Inglaterra y Australia es el 25% de los casos de cáncer y el 51% en Escandinavia, Holanda, Alemania y



**FIGURA NUMERO 1**

Estenosis por carcinoma del cardias gástrico.

Checoslovaquia. En Japón, corresponde al 75% de los casos de cáncer en el hombre y al 48% en la mujer. En Colombia falta establecer este índice tan importante, y las estadísticas del Instituto no permiten establecerlo, pues el número de casos que son atendidos en él es muy reducido en relación con los que van a otros centros hospitalarios, y, en cambio, otras enfermedades y localizaciones vienen a él en mayor volumen por ser el único centro que puede atenderlas.

Entre nosotros, la incidencia por sexos es ligeramente superior para el hombre.

Hombres ... ..	162 casos	—	53.82%
Mujeres ... ..	139 casos	—	46.17%
<hr/>			
Total ... ..	301 casos	—	100.00%

La edad en relación con el carcinoma gástrico es un factor de inmensa importancia. Estadísticas extranjeras consideran que el 93% de los casos se presentan en edades superiores a los 40 años y el 73% en edades superiores a los 50. En nuestras estadísticas, estos porcentajes son un poco menores, ya que sólo el 78.40% corresponde a individuos mayores de 40 años y el 54.48% a mayores de 50, pero coinciden en demostrar la mayor frecuencia en edades superiores a estas cifras, dato valioso para el diagnóstico de la afección.

A continuación presentamos el cuadro que hemos obtenido de incidencia por edades:

15 a 19 años .. . . . . .	1 caso —	0.33%
20 a 25 años .. . . . . .	3 casos —	0.99%
26 a 30 años .. . . . . .	4 casos —	1.33%
31 a 35 años .. . . . . .	25 casos —	8.30%
36 a 40 años .. . . . . .	26 casos —	8.63%
41 a 45 años .. . . . . .	30 casos —	9.96%
46 a 50 años .. . . . . .	42 casos —	13.95%
51 a 55 años .. . . . . .	38 casos —	12.62%
56 a 60 años .. . . . . .	57 casos —	18.93%
61 a 65 años .. . . . . .	29 casos —	9.63%
66 a 70 años .. . . . . .	28 casos —	9.30%
71 a 75 años .. . . . . .	7 casos —	2.32%
76 a 80 años .. . . . . .	3 casos —	0.99%
81 a 85 años .. . . . . .	1 caso —	0.33%
86 a 90 años .. . . . . .	1 caso —	0.33%
Sin dato de años .. . . . .	6 casos —	1.99%
<b>Total .. . . . . .</b>	<b>301 casos</b>	

Desde el punto de vista clínico de las estenosis, la clasificación macroscópica —polipoide, ulcerado, o difuso— aparentemente no tiene importancia, si se exceptúa el tipo difuso, en el cual, por la extensión e invasión que presenta, tiende a reducir la capacidad gástrica y a disminuir considerablemente la motilidad del órgano. Por otra parte, es este tipo difuso el de peor pronóstico, así como el polipoide es el de menor malignidad.

Histológicamente, los carcinomas gástricos pueden ser clasificados así:

Adeno-carcinoma: Papilar

No papilar (simple).

Carcinoma: Sólido.

Esquiroso.

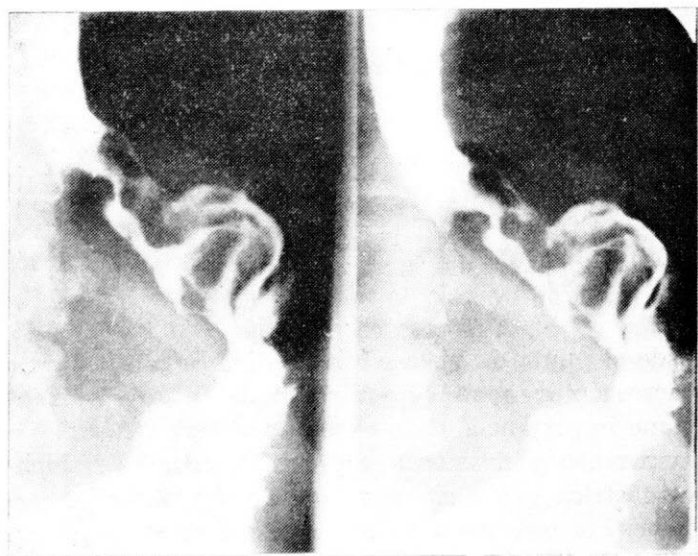
Anaplásico o indiferenciado.

El tipo esquiroso es el que presenta mayor número de estenosis, por su tendencia infiltrativa y por retraer las paredes y reducir la capacidad del órgano.

La mayoría de los casos estudiados en el Instituto corresponde a las variedades de adeno-carcinoma papilar, coloide e indiferenciado, en su orden respectivo.

La localización del tumor en el carcinoma gástrico tiene importancia no sólo por la sintomatología que presenta, que varía según el sitio, sino también respecto al pronóstico, pues es un hecho reconocido que los situados en el antro pilórico son los que lo tienen.

Indudablemente el tumor que produce estenosis precozmente, como son las localizaciones sobre los orificios del estómago —píloro y cardias— o en su vecindad, es el que influye con mayor rapidez sobre el estado general del paciente, aparte de toda otra



**FIGURA NUMERO 2**

Seriografía del mismo caso.  
Estenosis del cardias por carcinoma.



**FIGURA NUMERO 3**

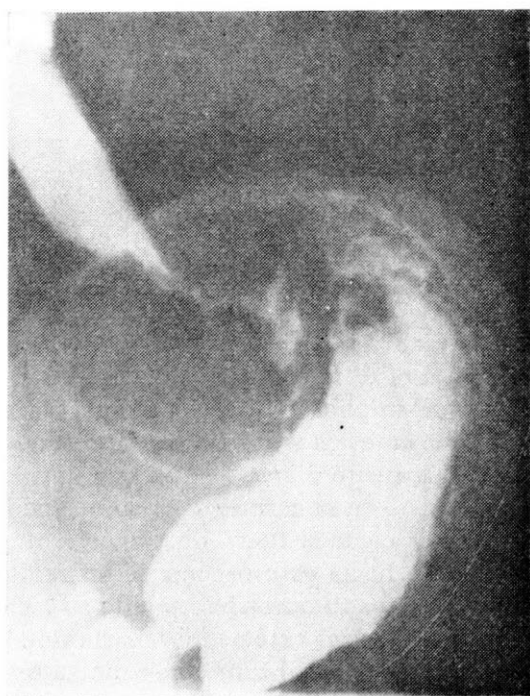
Estenosis por carcinoma del cardias gástrico.

consideración de malignidad, ya que al obstruir el canal digestivo impide o perturba la nutrición del individuo y lo caquetiza en un tiempo relativamente corto. Por tal motivo, no puede nunca tenerse en cuenta el criterio de tamaño del tumor, para valorar la gravedad que implica para el paciente, ya que tumores pequeños localizados en estos sitios tienen la misma capacidad de obstrucción para el tránsito digestivo que uno de tamaño mayor.

El tumor localizado en el cardias o en su vecindad, casi siempre debe considerarse como si fuera un tumor esofágico, aunque no se haya extendido hacia este órgano. Y en realidad, es muy difícil determinar si estos tumores han tenido su localización primitiva en el esófago o en el estómago y hacia dónde ha sido la propagación. De todos modos, el tumor carcinomatoso del cardias, por obstruir precozmente, viene a dar una sintomatología de disfagia en un lapso breve, y trae como consecuencia signos y síntomas que bien pueden parangonarse con los de las neoplasias malignas del esófago. Tienen ellos la ventaja de alarmar al paciente

precozmente y, por lo tanto, permiten hacer un diagnóstico oportuno y un tratamiento radical eficaz.

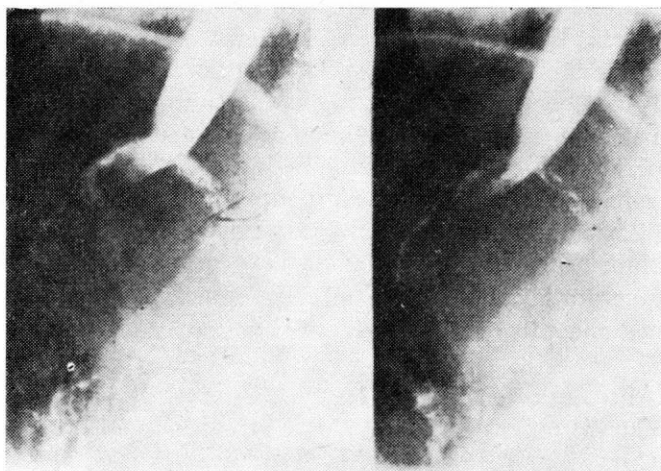
El carcinoma del antro pilórico, dijimos antes que es el de mayor malignidad y es otra forma que determina serios trastornos al paciente por la estenosis que presenta. Sin embargo, esta estenosis del antro o del píloro puede instaurarse lentamente o con rapidez. En el primer caso, el estómago lucha contra el obstáculo que se inicia y trata de acomodarse a él: es cuando inicialmente se observa un peristaltismo exagerado, muchas veces visible al simple examen clínico del paciente; que al persistir el obstáculo produce la hipotonía del estómago por consancio o fatiga de su musculatura, y que luégo concluye con la atonía, la ptosis y la retención, que se traducen en náusea y vómitos frecuentes y una caquexia progresiva. En el segundo caso, o sea la estenosis rápida por tumor pilórico que obstruye en poco tiempo, puede darse una sintomatología comparable a la de una obstrucción in-



**FIGURA NUMERO 4**

Carcinoma del fundus gástrico.



**FIGURA NUMERO 5**

Seriografía del caso anterior. Obsérvese cómo el medio de contraste rodea el tumor.

testinal alta, con vómitos frecuentes iniciales y no tardíos, como el caso anterior. Hay que tener en cuenta, sin embargo, que hay casos en los cuales el tumor del antro crece y progresa, dejando buena permeabilidad y no produciendo estenosis.

Son los carcinomas del cuerpo del estómago, ya localizados en las curvaturas mayor y menor o en las caras anterior o posterior, los que dan con menor frecuencia estenosis. Generalmente en estos casos, el tumor ocupa sólo una porción de la luz gástrica, quedando entonces espacio suficiente para que el tránsito digestivo se realice sin dificultad. Son estos los casos que presentan una sintomatología discreta y difícil de diagnosticar, especialmente en sus principios, y los que requieren del médico que aguce su ingenio para poder determinar oportunamente su presencia.

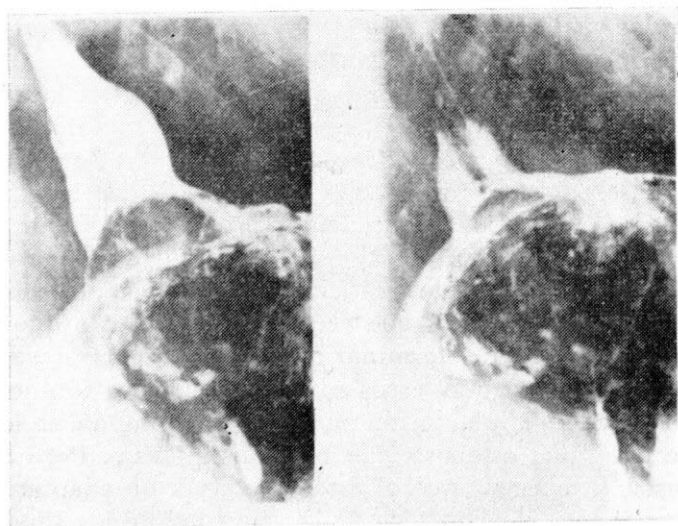
Con todo, hay algunos casos en los que el tumor adquiere una forma circular, de implantación muy extensa y amplia, en las cuales sí se presentan estenosis más o menos intensas. Pero aun en estos casos, se observa que el estómago trata de adaptarse a la nueva condición, dejando todavía la vaguedad de los síntomas y la ausencia de signos positivos que orienten el diagnóstico en forma cierta y oportuna.

Además de producir el carcinoma gástrico los trastornos de la motilidad y de la capacidad que dejamos descritos, este tumor

influye además en la función secretora, trayendo hipoclorhidrias y aclorhidrias más o menos intensas. Como se trata de una lesión que se implanta directamente en la mucosa, y es ella la que tiene a su cargo la secreción de los jugos gástricos, parece que exista alguna relación en la precocidad con que se presenta la inhibición de la secreción, con la distribución que existe de las glándulas secretoras acidófilas, y por consiguiente en los tumores de localización pilórica antral sea en los que se establece la aclorhidria o hipoclorhidria con mayor precocidad.

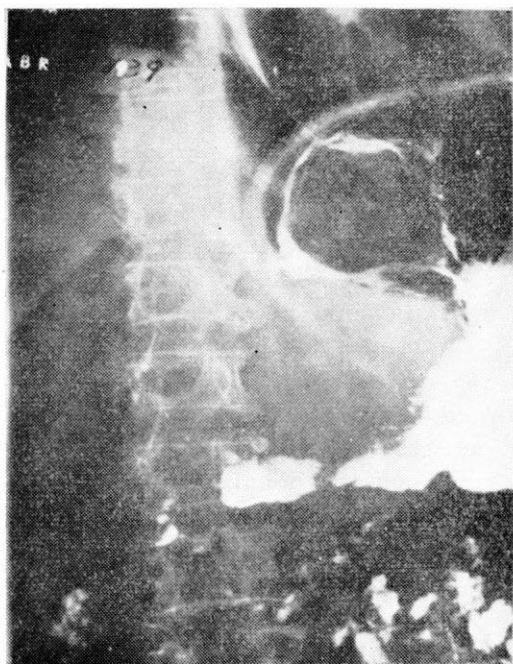
Respecto a la localización del carcinoma gástrico, en nuestra estadística encontramos los siguientes datos:

Antro pilórico . . . . .	34 casos	24.81%
Curvatura mayor . . . . .	14 casos	10.21%
Curvatura menor . . . . .	47 casos	34.30%
Fundus y cardias . . . . .	23 casos	16.78%
Totales . . . . .	11 casos	8.00%
Sin dato . . . . .	8 casos	5.82%
<hr/>		
Total . . . . .	137 casos	100.00%



**FIGURA NUMERO 6**

Seriografía del mismo caso. El tumor se observa perfectamente delimitado.



**FIGURA NUMERO 7**

Carcinoma del fundus gástrico. Su localización en la desembocadura del esófago da fenómenos de estenosis.

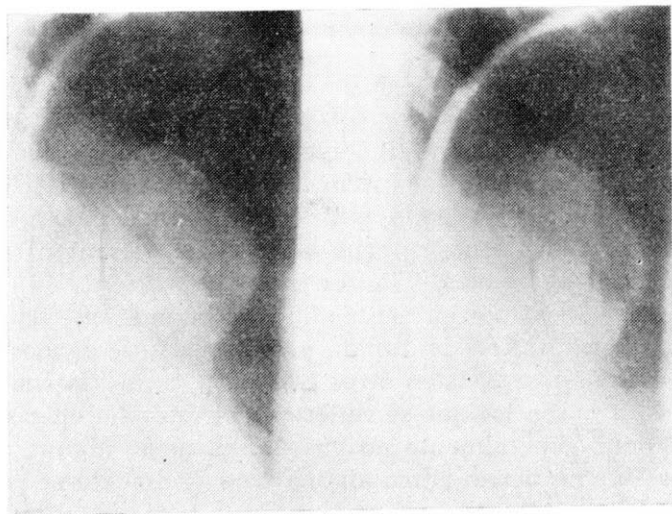
En el cuadro anterior se incluyen ocho casos en los que existía localización en dos sitios simultáneamente. Por casos totales, clasificamos aquellos casos en los que el tumor invade todo el órgano, o convencionalmente nos referimos a los que presentan localización en tres sitios o más, a la vez.

Mencionamos anteriormente algunos síntomas que se relacionan con la localización del tumor, particularmente ligados al síndrome estenosante. Existen otros que son comunes a cualquiera localización, y son los que se refieren a la molestia epigástrica o al dolor, que generalmente no guardan relación alguna con las comidas, que no tienen ritmo alguno y generalmente se presenta sin intermitencias, sino en forma continua y persistente; los síndromes ulcerosos que engañan muchas veces al clínico y que hacen aplazar una determinación radical con grave perjuicio del enfermo; las hemorragias discretas o masivas traducidas en la sangre oculta del examen coprológico o en las hematemesis pro-

fundas y repetidas; las diarreas, generalmente debidas a falta de jugos gástricos; las dispepsias prolongadas, que lo mismo que el síndrome ulceroso, entretienen al médico y ensombrecen el pronóstico del paciente, y, finalmente, los síntomas generales, como la anemia, la pérdida de peso y la falta de fuerzas, que como heraldos de algo más grave deben alertar siempre al clínico.

Intencionalmente no hemos querido referirnos al síntoma tumor, porque consideramos que cuando éste se presenta, generalmente el caso es ya muy avanzado, y por lo tanto inoperable. Con todo, debe tenerse en cuenta, porque existen personas de constitución delgada y conformación longilínea, en quienes es fácil descubrir la presencia del tumor en un cuidadoso examen clínico, y cuando todavía puede practicarse un tratamiento radical, o también aquellos casos escurrosos de evolución hasta en los que la aparición de la invasión ganglionar no corresponde al tamaño del tumor.

Al estudiar nuestra casuística, con relación a la sintomatología, hemos hallado los siguientes datos, que consideramos de gran valor:



**FIGURA NUMERO 8**

Seriografía del mismo caso anterior, sin medio de contraste.

La densidad del tumor lo identifica plenamente.

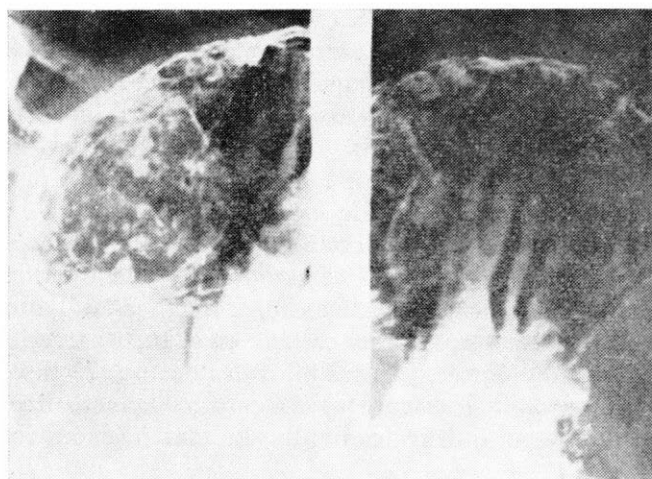


FIGURA NUMERO 9

Dolor . . . . .	110 casos	85.27%
Pérdida de peso . . . . .	102 casos	79.06%
Pérdida de apetito . . . . .	74 casos	57.36%
Tumor . . . . .	68 casos	52.71%
Vómito . . . . .	68 casos	52.71%
Pesantez epigástrica . . . . .	23 casos	17.82%
Hematemesis . . . . .	20 casos	15.50%
Náusea . . . . .	14 casos	10.85%
Agrieras . . . . .	12 casos	9.30%
Flatulencia . . . . .	10 casos	7.75%

Como criterio de diagnóstico, no debe esperarse nunca a que aparezcan la totalidad de los síntomas, o su mayoría, para hacer un diagnóstico de carcinoma gástrico, ya que entonces la oportunidad de tratamiento puede ser tardía. Creemos que debe pensarse en el cáncer gástrico siempre que haya anemia, pérdida de peso, y el individuo esté en edad mayor de los 40 o 50 años, o cuando existan signos tales como la presencia de un tumor epigástrico asociado a peristaltismo visible o no, palidez o caquexia y síntomas digestivos discretos, pero persistentes.

Con la sospecha de una lesión gástrica maligna, deberá hacerse la comprobación por medio de la radiografía, la gastroscopia, el acidograma, la investigación coprológica de sangre oculta y el

cuadro hemático. En el 98% de los casos, puede hacerse un diagnóstico exacto por medio de la radiografía y la gastroscopia asociadas. Consideramos a la radiografía como el método más sencillo y valioso para hacer un diagnóstico de cáncer gástrico, el que podrá ser complementado en caso de duda, por la gastroscopia o los demás métodos enunciados.

La radiografía permite, por lo general, no solamente hacer el diagnóstico de la lesión, sitio de localización, tamaño y extensión de la misma, sino también apreciar muchas veces las características morfológicas que tenga. Por este medio, puede entonces llegarse a conocer las características macroscópicas del tumor. De los 129 casos revisados para este estudio en el Instituto, se hicieron 116 estudios radiológicos, y entre ellos destacamos 29 casos en los que se hizo radiológicamente el diagnóstico exacto del tumor, comprobado luego quirúrgicamente. La clasificación fue la siguiente:

Esquiroso ... ..	12 casos
Circular vegetante ... ..	6 casos
Estenosante del antro ... ..	4 casos
Linitis plástica (infiltrante) ... ..	2 casos
Anular ... ..	1 caso
Estenosante del píloro ... ..	1 caso
Estenosante del fundus y cardias ... ..	1 caso
Ulcerovegetante ... ..	1 caso
Ulcerado ... ..	1 caso
—	
Total ... ..	29 casos

La lesión carcinomatosa del estómago puede presentar invasión ganglionar, propagación a los órganos o metástasis a distancia.

Hoy en día se le ha dado una gran importancia a la invasión ganglionar de los grupos linfáticos del estómago, pues se ha observado que influye definitivamente en el pronóstico del paciente. En casos gastrectomizados en quienes se encontraba invasión ganglionar, sólo hubo un 16% de sobrevividas mayores de 5 años; mientras que en aquellos casos en que no había invasión de los ganglios por el tumor, el porcentaje de sobrevivencia mayor a 5 años subió a un 43%.

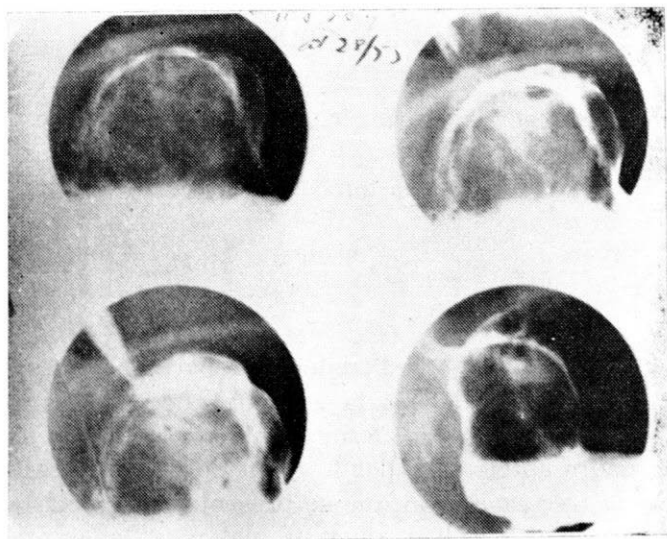
La propagación a órganos vecinos es para algunos una forma de metástasis por infiltración o extensión directa, y puede presentarse en los casos, antes de hacerse tratamiento quirúrgico, o

después de él. Otras formas de metástasis en el carcinoma gástrico son las que se hacen por vía linfática —por embolia o permeabilización—, las que se hacen por vía hemática, que son relativamente raras en estos casos de tumores epiteliales, y las que se hacen por trasplante o deslizamiento, y son los denominados “concha de Blummer” —en el hombre, de localización supraprostatática— o tumores de Krukemberg en la mujer, y de localización pélvica y particularmente en el fondo de Douglas. No puede olvidarse tampoco la posibilidad de siembra quirúrgica que puede hacerse en el mismo acto operatorio.

En los casos operados, Pack reporta sobre 122 casos 23 que reprodujeron la lesión en el sitio de la anastomosis, y 99 que presentaron metástasis en sitios distintos después de la operación.

Nuestra casuística muestra metástasis y propagación a los siguientes sitios:

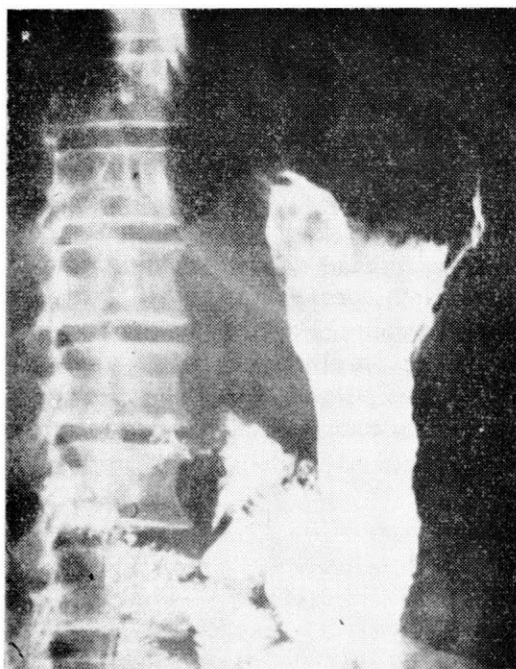
A ganglios ... ..	22 casos
A hígado ... ..	7 casos
A páncreas ... ..	5 casos
A epiplón ... ..	4 casos
A esófago ... ..	3 casos



**FIGURA NUMERO 10**

Seriografía del mismo caso anterior.





**FIGURA NUMERO 11**

Carcinoma de la parte alta de la pequeña curvatura.

A pared abdominal . . . . .	2 casos
A bazo . . . . .	2 casos
A recidiva en la anastomosis . . . . .	2 casos
A peroné . . . . .	1 caso
A mesocolon . . . . .	1 caso
A vértebras . . . . .	1 caso

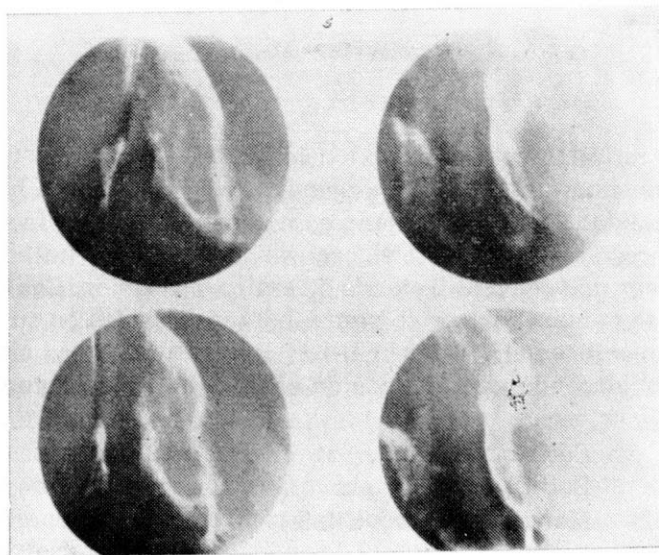
Los dos casos de pared abdominal parecen corresponder a siembras quirúrgicas. Llama la atención que en estos casos las metástasis o siembras aparecieron al año y a los 3 años de operados. El cuadro anterior no por lo reducido de las cifras deja de expresar la frecuencia con que se presentan las metástasis.

El tratamiento de las estenosis malignas del estómago, ya sean por sarcoma o por carcinoma, es esencialmente quirúrgico. No vamos a detenernos a analizar las diversas técnicas que se utilizan hoy en día, cuando la cirugía ha avanzado considerable-

mente, pero sí haremos algunas breves consideraciones que creemos de algún interés.

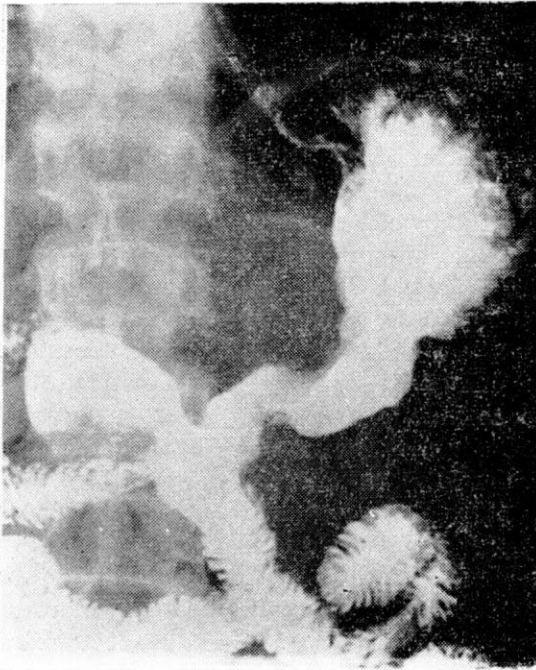
La operabilidad del cáncer gástrico ha aumentado considerablemente en los últimos años, gracias a las facilidades operatorias y anestésicas, como también al mejor conocimiento del balance líquido y electrolítico y a las facilidades de combatir el shock quirúrgico. Pack anota que durante los años comprendidos entre 1916 a 1930 sólo se podía operar el 51.80% de los casos de cáncer gástrico, mientras que de 1942 a 1947 puede operarse el 82.70%. En la Mayo Clinic, en el período de 1907 a 1938 se observaron 10.890 casos, y de ellos sólo se consideraron operables el 21%. En la Universidad de California se consideran operables hoy en día el 69.20% de los casos. En el Instituto tenemos el criterio de que en todo individuo en quien se haya diagnosticado positivo de cáncer gástrico debe ser laparotomizado si sus condiciones generales lo permiten.

Por otra parte, debe considerarse la posibilidad de reseca el tumor, que no es lo mismo que la operabilidad del paciente. Es decir, que habiendo sido posible llevar el paciente a la sala de operaciones, hecha la laparotomía, debe considerarse la posibilidad de la resección del tumor. A este respecto, el criterio debe



**FIGURA NUMERO 12**

Seriografía del mismo caso anterior.

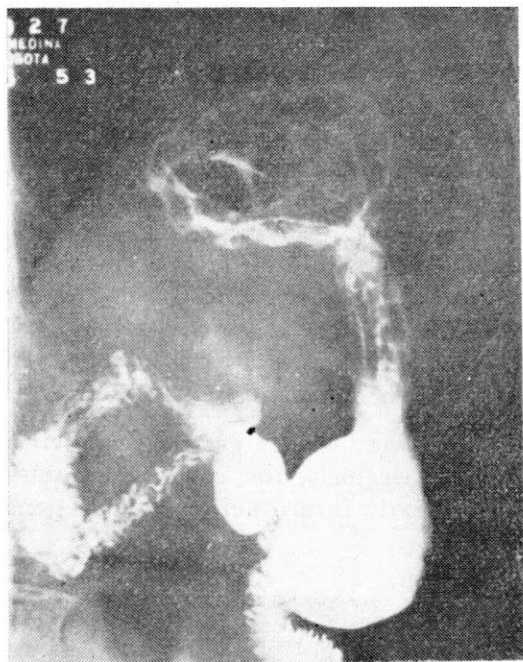


**FIGURA NUMERO 13**

Carcinoma estenosante del cuerpo del estómago.

basarse no solamente en la extensión de la lesión, sino también en las metástasis e invasión a órganos vecinos que pueda hallarse. Y en realidad, para un cirujano es muchas veces más fácil decidirse a cerrar y firmar así el pronóstico fatal para un enfermo, que luchar un poco más tratando de extirpar la lesión. Los autores varían de opinión sobre este punto, basándose quizá en su habilidad técnica o en su optimismo. Las siguientes son las cifras de resectabilidad que dan algunos de ellos en la época actual:

Pack	48.10%
Bell	49.70%
Marshall (Lahey Clinic)	48.20%
Walters	53.80%
Wagensteen	90.00%
Fergusson	82.80%

**FIGURA NUMERO 14**

Carcinoma estenosante del cuerpo del estómago.

De todas maneras vale destacar el hecho de que las posibilidades operatorias —operabilidad y resectabilidad del tumor— han aumentado considerablemente en los últimos años, y este es uno de los adelantos de que podemos enorgullecernos hoy. Si asociamos esto al descenso de la mortalidad operatoria, que también es evidente, concluimos que hasta donde es posible y desconociéndose aún la etiología del cáncer, la cirugía ocupa un lugar privilegiado tratando de dominar el problema del cáncer gástrico.

Nuestra casuística es muy reducida para poder tener conclusiones sobre mortalidad operatoria, pero confirmando lo dicho anteriormente, encontramos que sobre 24 casos operados antes de 1950, fecha en que llegamos al Instituto, encontramos 4 muertes operatorias o post-operatorias. De esa época para acá, ha sido excepcional o ninguno el caso de muerte operatoria, o post-operatoria inmediata.

Las estadísticas extranjeras hacen en algunos casos discriminación sobre el tipo de cirugía empleado, ya que la gastrectomía

total es un riesgo quirúrgico mayor, pero aun así las cifras son alentadoras y demuestran la reducida mortalidad operatoria. Veámoslas:

		<b>Mortalidad operatoria.</b>	
<b>Pack</b>	Gastrectomía total ... ..	33 casos	36.60%
	Gastrectomía subtotal ... ..	92 casos	9.80%
	Resección del cardias ... ..	36 casos	38.90%
	Total ... ..	161 casos	21.70%
<b>Bell</b>	Total de casos ... ..		11.90%
<b>Clínica Lahey</b>	Total de casos ... ..		6.00%
<b>Clínica Mayo</b>	Gastrectomía total ... ..		5.30%
	Gastrectomía subtotal ... ..		5.40%

Sin embargo, en las lesiones gástricas malignas no es todo el obtener un éxito operatorio, que, como vimos antes, es lo habitual, sino lograr un éxito futuro definitivo, que generalmente se



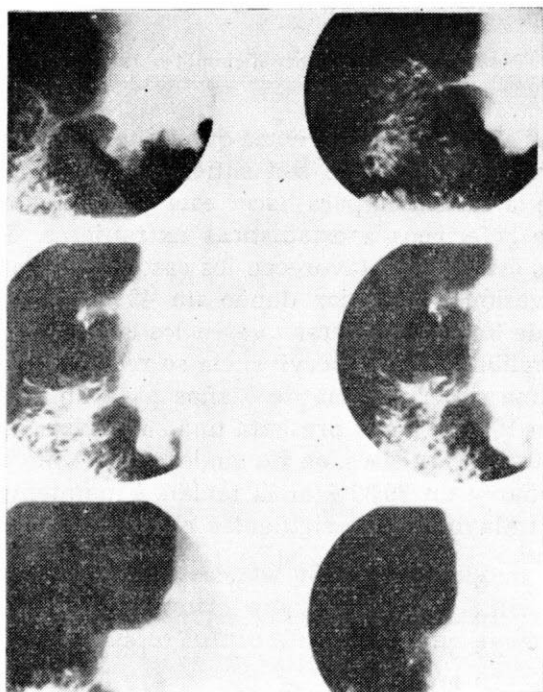
**FIGURA NUMERO 15**

Carcinoma del antro y porción horizontal del estómago.

valora por los años de supervivencia que tiene el paciente después de la intervención. Tampoco son suficientes ni el tiempo ni la extensión de la casuística para hacer esta valoración, y por tanto tenemos que referirnos a estadísticas extranjeras. También en este caso, las estadísticas favorecen los casos en que no se ha encontrado invasión ganglionar dando un 49% de supervivencia por encima de 3 años, mientras que en los que se ha encontrado invasión ganglionar esta supervivencia se reduce a un 20%. Eusterman da una supervivencia de 5 años para un 27.60% y de 8 años para un 18.75%. Pack presenta una supervivencia de 5 años para un 34.70% de los casos, en los cuales un 62% no tenían invasión ganglionar y un 30.80% sí la tenían. Finalmente, las cifras de la Clínica Mayo dan las siguientes cifras de sobrevida:

5 años .. .. .	28.90%
10 años .. .. .	20.40%
15 años .. .. .	12.20%
20 años .. .. .	10.50%
25 años .. .. .	6.30%

Para concluir, debemos decir que si bien es cierto que la cirugía ha solucionado en cierto grado el inmenso problema de las estenosis malignas del estómago, éste quedará vigente con su elevadísima mortalidad, no tanto operatoria como a plazo relativamente corto, mientras esté vigente el problema del cáncer en general y se desconozca la etiología de esta grave enfermedad.



**FIGURA NUMERO 16**

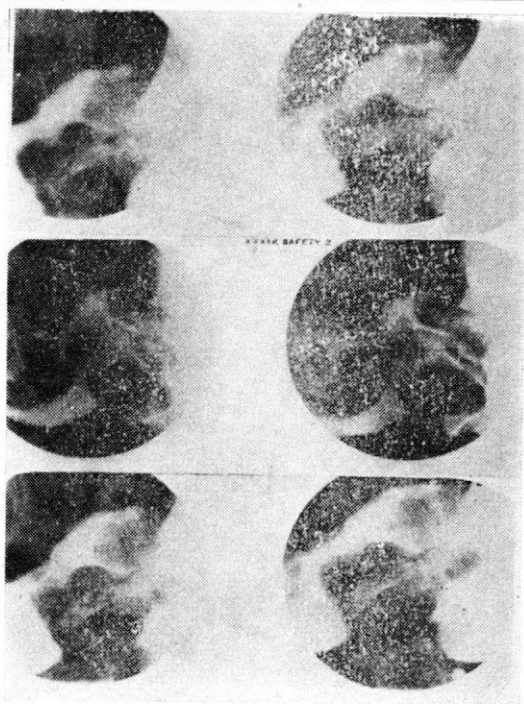
Seriografía del mismo caso.



**FIGURA NUMERO 17**

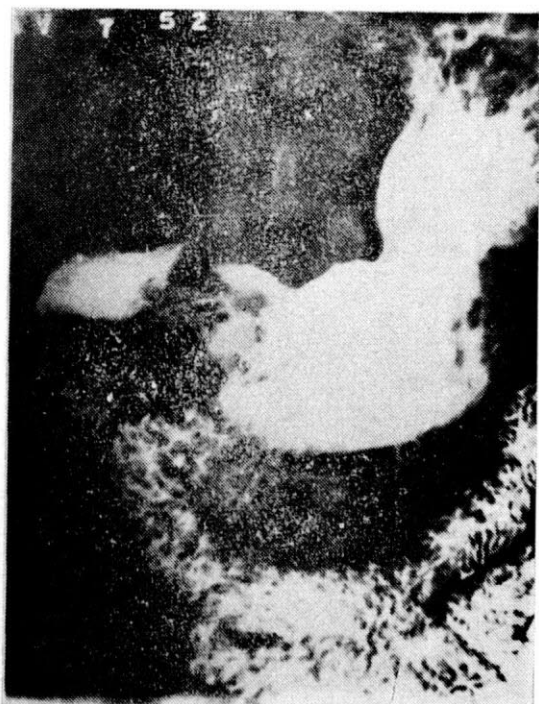
Carcinoma ulcerado y estenosante del antro pilórico.





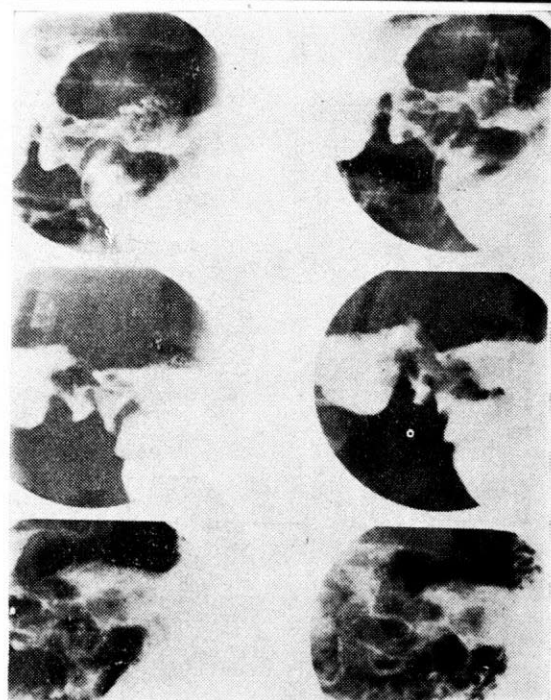
**FIGURA NUMERO 18**

Seriografía del mismo caso. Véase la gran ulceración en la parte superior.



**FIGURA NUMERO 19**

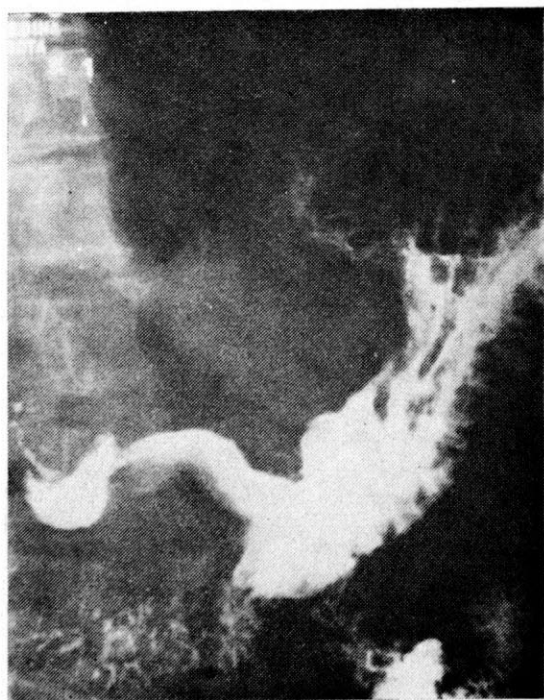
Carcinoma con úlcera incarcerationada y estenosis del antro pilórico.



**FIGURA NUMERO 20**

Seriografía del caso anterior.

Obsérvese la gran úlcera incarcerationada en la parte inferior del antro pilórico.



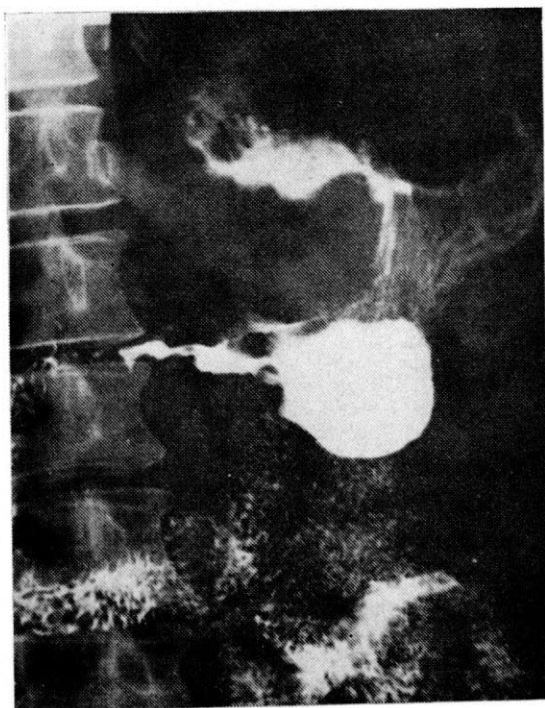
**FIGURA NUMERO 21**

Carcinoma estenosante del píloro y porción horizontal del estómago.



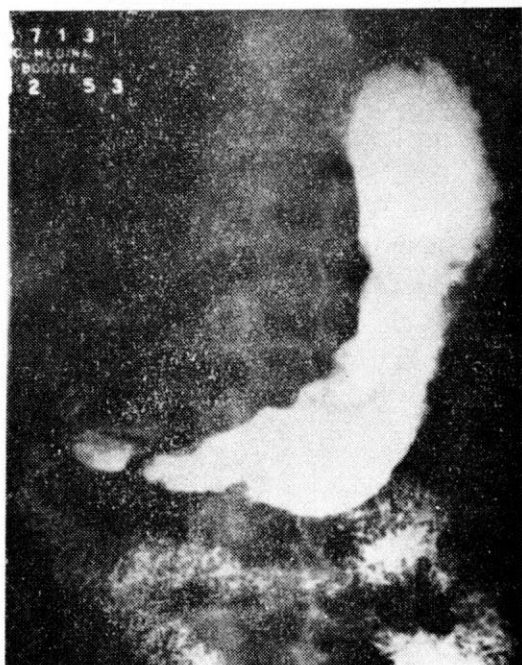
**FIGURA NUMERO 22**

Seriografía del caso anterior que permite observar la gran extensión de la lesión.



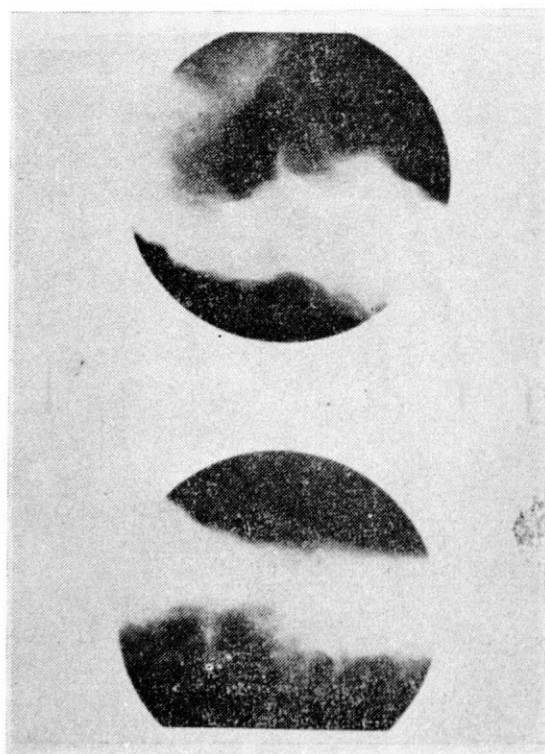
**FIGURA NUMERO 23**

Carcinoma del piloro y antro pilórico.



**FIGURA NUMERO 24**

Carcinoma de la gran curvatura y cuerpo gástrico. Aparentemente, esta radiografía muestra una lesión pequeña e incipiente.



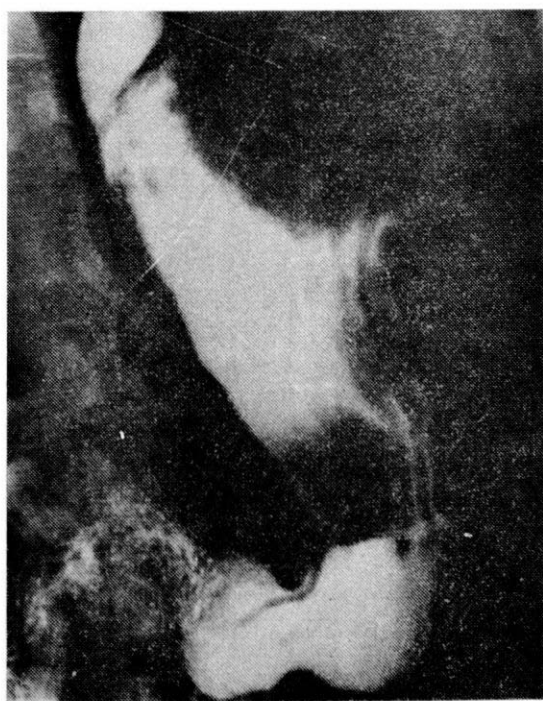
**FIGURA NUMERO 25**

Seriografía del mismo caso, que demuestra la gran extensión de la lesión.



**FIGURA NUMERO 26**

Carcinoma de la gran curvatura gástrica.



**FIGURA NUMERO 27**

Linfosarcoma gástrico que por su extensión presenta fenómenos.



**FIGURA NUMERO 28**

Reproducción del carcinoma post-gastrectomía. Véase la gran masa de tipo polipoide.



**FIGURA NUMERO 29**

Mismo caso anterior. La radiografía delimita el tumor.