

NOTAS CLINICAS

CANCER DE MUÑON GASTRICO

E. DE ARZUA ZULAICA.

Bilbao.

I

Nos referimos al cáncer en estómago resecado, excluyendo el propio de boca anastomótica, pero con inclusión de los que procediendo del muñón han invadido dicha anastomosis. En caso de duda, admitimos aquellos en los que el muñón está afectado en su totalidad y no sólo en la proximidad de la boca gastroyeyunal.

Para que puedan ser incluidos en este capítulo es preciso descartar toda relación entre el cáncer y la operación, para lo cual se exige que dicha intervención haya tenido lugar cinco años antes como mínimo y por un proceso benigno, que casi siempre será una úlcera gástrica o duodenal.

II

Son pocas las referencias de casos que reúnen las citadas condiciones.

Citaremos los de BUSSET, 1932; PASCUAL, 1948; DERAY y cols., 1950; REHLI, 1951; KYRLO y WILD, 1952; DALSETH, 1953; LEREN, 1953, y BOIVIN y cols., 1955.

III

Clinica.—Es la del cáncer de fórnix y tercio superior de cuerpo gástrico, del que constituye una variedad, por lo que nos limitaremos a resumir sus rasgos más destacados.

Merece la máxima atención la latencia hasta que el tumor no toca cardias o invade órganos vecinos. Esta falta de signos y síntomas es el gran escollo con que tropezamos para el diagnóstico, haciendo el pronóstico sombrío ante la realidad de un proceso que se presente ante nosotros en su período final.

Cuando nos consulta el enfermo por sus síntomas, éstos cursan desde hace poco tiempo, lo que contrastando con el gran tamaño del tumor, hace pensar que su crecimiento es muy rápido. La progresión de las lesiones cuando se hace una segunda exploración días o semanas después, lo confirma. Ello es común a todos los cánceres gástricos, que son tanto más malignos cuanto más corto es el período de molestias.

El dolor adopta todos los tipos. En muchas ocasiones se manifiesta solamente por pesadez

o molestia en seguida o algún tiempo después de las comidas con sensación de plenitud. La duración es variable y la irradiación a hipocondrio y reborde costal izquierdos, tórax, sobre todo el izquierdo, y a vientre, región periumbilical, vacíos y fosas ilíacas, con predilección por la parte izquierda. El dolor en tórax puede ser reflejo como el de las úlceras gástricas o por invasión. La disfagia señala la afectación esofágica y la hepatomegalia con sus típicos caracteres, la metástasis hepática.

Son frecuentes las aguas de boca, de saliva, por hipersecreción o por regurgitación y de jugo gástrico. Pueden aparecer hematemesis y melenas y en todo caso hemorragias ocultas en heces.

Los signos generales, adelgazamiento, anorexia, astenia, señalan el período final. La delgadez es mayor que en otros cánceres por añadir la del tumor maligno a la propia del resecado¹⁵.

De los signos generales debemos destacar la anemia, que merece un estudio especial.

Tiene un gran interés la anemia propia de los resecados. Son raras las megaloblásticas y frecuentes las ferriprivas y proteíprivas³, pudiendo aparecer o no hemorragias ocultas en heces, aunque es más frecuente que no se den. Si son positivas, se trata en general de una gastroyeyunitis. Pueden darse dichas anemias en cualquier momento después de la operación, pero más bien cerca de ella no muchos años después.

Con estos datos pueden establecerse algunas normas en cuanto al diagnóstico diferencial. Las gastroyeyunitis y las úlceras de boca anastomótica pueden dar síntomas parecidos a los expuestos, pero recordaremos siempre que aparecen poco tiempo después de la operación, siendo excepcional, sobre todo la úlcera, que lo haga más de tres años después.

Las úlceras benignas de muñón gástrico pueden verse años después de la resección. VIAR presenta tres casos, en uno de los cuales había un intervalo de catorce años desde la intervención a la aparición del nicho. Pueden plantearse problemas cuando no se ve el nicho. Si hay alguna duda sobre su carácter benigno o maligno, recurriremos al tratamiento de prueba repitiendo las exploraciones radiológicas hasta salir de dudas. Si el nicho persiste, debemos considerarlo como si fuera maligno, dejando al cirujano la elección de la resección total o subtotal, según las circunstancias del caso.

No hay que olvidar la aparición de las cirrosis en los resecados¹⁴ y diferenciar el hígado neoplásico por metástasis con el cirrótico, re-

cordando que los signos generales en estos procesos pueden semejar a los de las neoplasias.

Respecto a las anemias, consideraremos que su aparición en un resecado tras muchos años de normalidad hará sospechar un cáncer. Si dicha anemia va acompañada de hemorragias ocultas en heces y molestias gástricas recientes en un sujeto que nunca las ha sufrido, es probable tenga un cáncer.

Si no lo encontramos tras una cuidadosa exploración, ordenaremos una laparotomía exploradora.

Radiología.—Se parece a la de polo y tercio superior de cuerpo en estómago no operado, con la diferencia motivada por la resección.

Recordaremos muy brevemente sólo los datos más salientes¹. Las posturas de elección son la frontal y la O. A. D. El bario será primero fluido y luego espeso. El estudio a la repleción total seguirá al de capa fina.

Nos fijaremos en la columna de bario a su paso por cardias, anotando la dirección de dicha columna, que aparecerá bifurcada, desviada, o caerá por gravedad sin la propulsión normal en casos de tumor.

Atenderemos a continuación a la cúpula gástrica. Su contorno superior, sospechoso si es irregular en lugar de un semicírculo. El espacio gastrofrénico², que debe ser menor de uno y medio centímetros en los casos normales. El aumento de esta distancia hará pensar que puede estar ocupado por una formación o que el fórnix sea pequeño por el mismo motivo. Tanto en este caso como en el de la irregularidad del contorno superior, debemos practicar la distensión gaseosa de fórnix para confirmarlo.

Miraremos en seguida la misma cámara de aire, buscando diferencias de tonalidad motivadas por el tumor. Para ello es preciso que el kilovoltaje sea bajo, y el tiempo de céntesimas de segundo, para no "quemar" la cámara de aire. En ocasiones puede apreciarse el tumor cubierto por el bario en pleno fórnix, cuidando de tumbarlo en los diversos decúbitos para que se embadurne y opacifique.

Veremos después la unión de fórnix con curvadura mayor y cuerpo gástrico. Los dentellones de curvadura mayor por los pliegues y compresión de colon aparecen en el estómago normal semejando seudofallas, que nos hemos acostumbrado a interpretar como imagen normal. Así es casi siempre, pero en ocasiones habrá una verdadera falla que podemos descuidar. Algo parecido ocurre con la zona de unión de cuerpo y fórnix: en ella normalmente la sedimentación del bario deja una zona que siempre vemos libre de contraste. Aquí puede escondese un tumor.

Estudiamos después caras y bordes, sobre todo regiones supra y subcardial, buscando imágenes del tipo descrito en fórnix, fallas, rigideces, nichos, que en ocasiones pueden no ser cánceres, sino perigastritis, edemas o úlceras

benignas, lo que resolveremos tras una prueba terapéutica no mayor de quince días.

Aunque no nos referimos al cáncer de boca anastomótica, sí tenemos que decir que la operación determina imágenes radiológicas por los hilos de sutura con aspecto edematoso, hernias mucosas a través de la musculatura, que pueden inducir a error. A ello añadimos las imágenes de perigastritis, con parecido aspecto. Si se extienden a caras y curvaduras, podemos afirmar que no se deben a la sutura y puede tratarse de una neoplasia. Las imágenes benignas tienen el fondo y contorno regulares, que contrasta con la irregularidad en los casos de neoplasia. Constituirán un problema las imágenes que se encuentran entre anastomosis y muñón, pudiendo la regularidad de bordes en cubrir una neoplasia.

Al terminar la exploración procedemos a la insuflación con aire, para lo cual se utiliza una mezcla gaseosa en agua. Dos cucharaditas en medio vasito, tomándolo en el momento que desprende gas. Con ello distendemos fórnix, borrándose la irregularidad del contorno superior, aumentando el tamaño de fórnix y disminuyendo a menos de 1,5 cm. el espacio gastrofrénico en los casos normales, no haciéndolo en los cánceres.

Se puede emplear la tomografía en casos dudosos con insuflación de aire y con o sin neumoperitoneo.

Gastroskopía.—Parece que la visión directa debe resolver las dudas. Sin embargo, no es así. Ello se debe, por una parte, al peligro del método con posibilidad de perforar una pared ya debilitada³, y por otra, a las dificultades técnicas por no poder pasar el gastroscopio (sea o no debido al tumor) y a las manchas con sangre o líquido gástrico que no permiten la visibilidad. En otras ocasiones el tumor está en fórnix, fuera del alcance del gastroscopio.

Estas mismas dificultades en el paso cardial harán sospechar el cáncer⁴.

Citodiagnóstico.—Las dificultades que presentan los procedimientos citados han obligado a perfeccionar el método citológico. Citaremos: Sonda aspiración¹⁰ y¹¹. Biopsia directa por gastroscopia². Método abrasivo¹⁶. Mucolítico¹⁸. Mixto, abrasivo y mucolítico²⁰, y, finalmente, el de CABRÉ FIOL, de frote exfoliativo con mandril sonda, que consideramos de elección.

Emplea este autor un mandril como de sonda duodenal, en cuyo extremo hay unas asas de nylon, en forma de margarita, fijadas perpendicularmente a dicho extremo. Sin detenernos en la técnica, diremos que el frote de dichas asas con el tumor arrastra células que disueltas en suero fisiológico son coloreadas por el método de Papanicolaou.

El procedimiento de citodiagnóstico que acabamos de exponer ha dado excelentes resultados en el cáncer de polo superior, hasta el punto que para VALLS COLOMER es el mejor. No ha sido aún puesto en práctica en el de muñón

gástrico, pero no dudamos dará los mismos buenos resultados. Sólo exige un buen anatómopatólogo para interpretar las alteraciones celulares.

Pronóstico.—Es muy malo, pues siempre llegamos tarde. Pocas veces se puede extirpar el muñón, y en estos casos la supervivencia es de pocos meses.

Intervención.—Deben ser operados en todos los casos, pues siempre hay alguna posibilidad de hacer algo por el enfermo, aunque sea una simple derivación. En lo que se refiere a la laparotomía exploradora, pecaremos más por exceso que por defecto y recurriremos a ella cuando después de un detenido estudio no podemos demostrar un cáncer que creemos probable.

Si hay que conformarse con la derivación, ésta será gastro o esofagoyeyunal.



Fig. 1.

IV

Presentamos el siguiente caso:

J. R. C., de cuarenta y nueve años, varón, casado. Le vemos el 11 de octubre de 1954.

Antecedentes personales.—Operado hace veintitrés años por perforación de úlcera duodenal con resección (doctor GARCIA ALONSO).

Antecedentes familiares.—Padre, muerto de cáncer en vientre.

Enfermedad actual.—Bien hasta hace dos meses, que siente dolor y opresión en pecho y espalda al acostarse por la noche durante media hora, diariamente, hasta hoy. Hace siete días, dolor epigástrico, en seguida de comer, durante dos horas, fuerte. Hace siete días, eructos pútridos y boca seca. Eructa mucho en esos días. Ha adelgazado 8 kilos en los dos últimos meses, en los tres meses.

Exploración.—Palidez de piel y mucosas. Señala pecho difuso y epigastrio e hipocondrio izquierdo como lugar de sus molestias. Se percute hígado 3 cm. bajo reborde costal.

Rayos X.—Estómago operado con resección tipo Polya. Vacia bien por asa eferente, llenando también asa aferente. Defecto de repleción en curvadura mayor del muñón gástrico, semioval (figs. 1 y 2).



Fig. 2.

Laboratorio (28-IX-54).—Hemacias, 3.600.000. V. G., 0,93. Velocidad de sedimentación, 24-57. (15-X-54): Takata, Weltmann, Formol y Gros, negativos. Timol, 2 unidades. Zinc, 4 unidades. Kingsbury.



Fig. 3.

Le citamos para verle de nuevo a los doce días después de tratarle médicaamente con leche, cama y tópicos, no volviendo hasta el mes.

Evolución (12-XI-54).—Persisten las molestias, a ratos, diariamente. Las digestiones son pesadas. Las molestias son tres veces por día, duración variable, de hipocondrio izquierdo a ombligo y vacío izquierdo. Hace cuatro días, vómitos de alimentos de madrugada. Duele mal. Mucha sed. Ultimamente las molestias se extienden a epigastrio. En la exploración señala epigastrio, hipocondrio izquierdo y vientre izquierdo. La misma percusión de hígado.

Rayos X (13-XI-54).—La imagen descrita, pero más extendida, afectando a boca anastomótica (figs. 3, 4 y 5).

Ordenamos la intervención. La practica el doctor OTADUY (21-XI-54). Encuentra una tumoración como una naranja, de forma oval, que ocupa cara posterior y curvadura mayor del muñón gástrico, invadiendo asa eferente, con metástasis en hígado. Practica una derivación gastroyeyunal.

El enfermo fallece a los dos meses de la intervención.

en un período menos avanzado y podremos resecar algunos casos consiguiendo supervivencias.

RESUMEN.

Estudia el autor el cáncer de muñón gástrico con exclusión del propio de boca anastomótica, pero admitiendo los casos con invasión de dicha anastomosis.

Hay que descartar toda relación con la operación, para lo cual exige que ésta haya tenido lugar por lo menos cinco años antes y la causa de la intervención sea un proceso benigno, generalmente una úlcera duodenal gástrica.



Fig. 4.

V

Sorprende el poco espacio que se dedica en la literatura a las neoplasias en estómago resecado, debido sin duda a no pensar en ellas. No porque las úlceras gástricas sean excepcionales tras la resección por cáncer gástrico¹⁵; una gastrectomía por úlcus tiene que inmunizar para la presentación de una neoplasia, que aparecerá en polo y tercio superior como si el estómago no hubiera sido resecado. Insistimos en que el cáncer de polo superior es mucho más frecuente de lo que se creía.

Por otra parte, el pensar en este cáncer nos hará evitar falsos diagnósticos de gastroyeyunitis o úlceras de boca con tratamientos médicos o incluso una vagotomía sin ver estómago.

El estudio más perfecto de los cánceres de muñón gástrico, teniéndolos siempre en nuestra mente, hará que se presenten ante nosotros

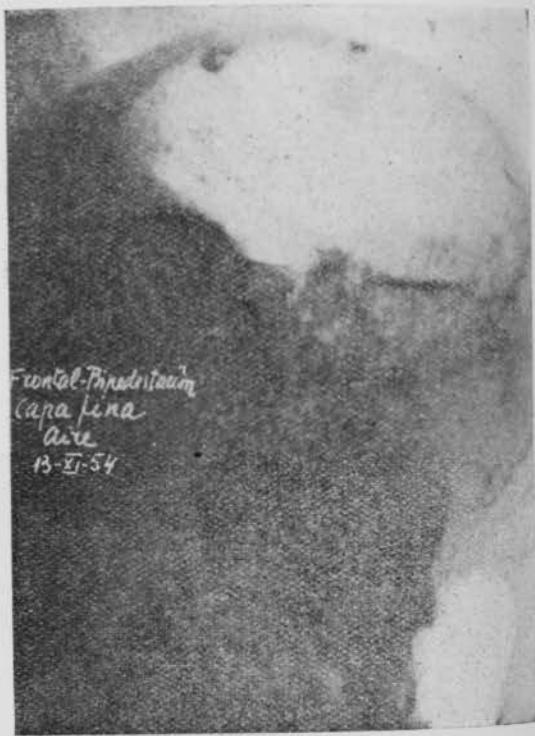


Fig. 5.

Describe la clínica, llamando la atención sobre su latencia hasta un estadio avanzado, así como la anemia, que debe separarse de la propia de los resecados en la que aparece antes. Igualmente se dan en los primeros años las gastroyeyunitis y los úlcus de boca.

A pesar de las pocas descripciones que se han hecho, considera que es un proceso que debe aparecer con cierta frecuencia, pues no es más que una variedad del cáncer de polo y tercio superior gástricos, sin que la intervención haya servido para que el estómago se inmunice ante los procesos malignos.

Presenta un caso de un cáncer de muñón en un enfermo de cuarenta y nueve años, resecado por úlcera duodenal veintitrés años antes, y al que sólo se le pudo hacer una derivación, falleciendo a los pocos meses.

Espera que un diagnóstico más precoz permita hacer resecciones con supervivencia.

BIBLIOGRAFÍA

1. ARZUA ZULICA, E.—Gaceta Méd. Norte, marzo, 31, 1951.
2. BENEDIT, E. B.—Gastroenterology, 22, 642, 1952.
3. BOIVIN, P., HARTMANN, L. y FAUVERT, R.—Sem. Hôp., 6, 3.846, 1955.
4. BUSSET.—Mem. Soc. Nat. Chir., 58, 1.433, 1932. Cit. DE BRAY y cols.
5. CABRE FOL.—Rev. Esp. Enf. Ap. Digs., 12, 186, 1953.
6. DALSETH, I.—Nord Med., 47, 672, 1952. Cit. FREEDMAN.
7. DESRAY, CH., ROUX, M., CHEVILLOTTE, R. y SEGAL, S.—S. Arch. Mal. Ap. Dig., 39, 702, 1950.
8. FINBY, N. y EISENBERG, M.—Journ. Am. Med. Ass., 3 abril, 1.115, 1954.
9. FREEDMAN, M. A. y BERNE, C. J.—Gastroenterology, 27, 210, 1954.
10. GRAHAM, R. M., ULFELDER, H. y GREEN, T. H.—Jour. Gyn. Obst., 86, 257, 1948.
11. IMERIGLIA, J. E., STEIN, G. N. y LOPUSNIAK, M. S.—Journ. Am. Med. Ass., 147, 120, 1951.
12. KYRLE, P. y WILD, H.—Zblatt. Chir., 77, 1.481, 1952. Cit. FREEDMAN.
13. LERNER, P.—Nord Med., 49, 741, 1953. Cit. FREEDMAN.
14. MATEOS, M. J., BUSTAMANTE, V. y ZUBIZARRETA, I.—Gaceta Méd. Norte, abril, 20, 1954.
15. MOUTIER.—Encyclop. Med. Chir. Estomac. Intestin., 1, 9.027, 1945.
16. PANICO, F. G., PAPANICOLAU, G. N. y COOPER, W. A.—Journ. Am. Med. Ass., 143, 1.308, 1950.
17. PASCUAL.—Medicina, 16, 1, 1948.
18. REHLI, P.—Gastroenterología, 77, 281, 1951.
19. ROSENTHAL, M. y TRAUT, H. F.—Cáncer, 4, 147, 1951. Cit. RUBIN y cols.
20. RUBIN, C. E., MASEY, B. W., KIRSNER, J. B., PALMER, W. L. y STONEYPHER, D. D.—Gastroenterology, 25, 119, 1953.
21. VALS COLOMER.—Ponencia Congreso Digestivo, 1954.
22. VIAR BAYO, J.—Gaceta Méd. Norte, dic., 13, 1954.

BOTULISMO

Comentarios sobre un caso seguido de curación.

E. LÓPEZ GARCÍA, A. MERCHANTE IGLESIAS,
T. ANTÓN GARRIDO y J. RAMÍREZ GUEDES.

Instituto de Investigaciones Clínicas y Médicas.
Director: Profesor C. JIMÉNEZ DÍAZ.

Por la poca frecuencia con que en España se observan casos de botulismo, consideramos interesante comunicar uno observado recientemente en nuestra Clínica, para llamar la atención sobre el cuadro clínico de este proceso, que es el que sirve de base para el diagnóstico y sobre las normas terapéuticas que utilizamos con éxito en este caso.

El enfermo L. A. C. fué visto por nosotros el 7 de junio de 1955. Era un varón de cuarenta y ocho años, y de profesión médico, que estando previamente bien el día 3 de dicho mes, y atribuyéndolo a haber ingerido veinticuatro horas antes una conserva de carne y vegetales que encontró de sabor peculiar, se despertó después de una noche de sueño intranquilo con sensación de replección epigástrica, inflamación abdominal, dolor en barra, malestar general y astenia. Ese mismo día hizo un viaje en avión, durante el cual se mareó, teniendo un vómito alimenticio muy abundante, a pesar de no haber desayunado. Al día siguiente, al levantarse, tuvo una descarga diarreica formada por heces líquidas de muy mal olor. Por la tarde le apareció diplopia. El próximo día la diplopia y la astenia fueron en aumento, comenzando a notar dificultad respiratoria, disartria y sequedad de mucosas. Con esta sintomatología, que cada vez se iba acentuando, ingresó en la Clínica. Durante todo este tiempo no había tenido fiebre.

En la exploración encontramos, en el momento de su

ingreso, un sujeto bien constituido y nutrido y con color normal de piel y de mucosas. Ptosis palpebral bilateral con midriasis, parálisis de los movimientos oculares y estrabismo convergente. En boca, intensa sequedad de mucosas con dificultad para la propulsión de la lengua y parálisis completa del velo del paladar. Disartria con voz monótona. Buena movilidad de extremidades, con reflejos tendinosos normales y ausencia de patológicos. La exploración física de pulmón y corazón era normal. La tensión arterial, 11/7. Abdomen globuloso y meteorizado, hígado en límites normales; no se palpaba ni percuteía el bazo.

La exploración oftalmológica, realizada por el doctor LEOZ, demostró: Diplopia homónima por espasmo de la convergencia, de 5° en posición primaria y de 10° en posiciones secundarias de la mirada, con desplazamiento de 10° en el campo de esta misma, pero manteniendo normal la extensión del mismo. Pupilas isocóricas de forma normal y midriasis paralítica; el reflejo fotomotor, aunque existente, está prácticamente abolido; reflejo a la acomodación - convergencia, normal. Fondo de ojo, sin alteraciones. En resumen, y desde el punto de vista oftalmológico, presentaba una parésia del reflejo fotomotor y espasmo de la convergencia; la alteración ocular corresponde a una lesión del III par, precisamente en el núcleo de Edinger-Westphal.

La exploración otorrinolaringológica reveló una parálisis completa del velo del paladar. Paresia de la cuerda vocal derecha y debilidad de los músculos constrictores de la faringe. Aparte de lo señalado, llamaba la atención la gran sequedad de toda la mucosa orofaringea y asimismo de la esofágica, comprobada en esofagoscopia.

En la sangre tenía una velocidad de sedimentación de 6 a la primera hora y 16 a la segunda; 10.600 leucocitos con fórmula normal; 4.320.000 hemáticas con 90 por 100 de hemoglobina.

En la orina no existían alteraciones significativas y la urea en sangre era normal.

En el líquido cefalorraquídeo, de aspecto transparente e incoloro, se encontró una célula, 30 mg. por 100 de proteínas y las reacciones de globulinas positivas de dos cruces. Oro coloidal, 1-2-2-1-1-1-0-0-0. Wassermann, negativo hasta con 1 c. c.

Los iones en sangre no mostraban alteraciones significativas: 109 mil equivalentes de cloro por litro, 159 de sodio y 4.6 de potasio.

El electrocardiograma demostraba un corazón en posición semihorizontal, bradicardia sinusal, bajo voltaje total y descenso de espacio S-T en I, II, avF, V5 y V6, que puede interpretarse como signo de anoxia miocárdica relativa (doctor VARELA DE SEIJAS).

El cuadro clínico descrito nos orientó desde el primer momento hacia el diagnóstico de botulismo, teniendo en cuenta: 1.º El antecedente de haber ingerido unas conservas sospechosas, veinticuatro horas antes del comienzo de los síntomas, período de incubación considerado como el más habitual en este proceso. 2.º El cuadro digestivo, integrado por una crisis diarreica y vómitos abundantes, seguido de una gran atonía de la musculatura gastrointestinal, responsable del intenso meteorismo. 3.º La gran sequedad de mucosas; y 4.º La instauración inmediata del cuadro neurológico, caracterizado en este caso por la oftalmoplejia interna y externa, la parálisis del velo del paladar y la parésia de la lengua, de los constrictores de la faringe y de la cuerda vocal derecha. Alteraciones todas ellas muy típicas de la enfermedad que nos ocupa.

El diagnóstico diferencial había que hacerlo con la polineuritis diftérica, que en este caso se podía excluir por la falta de fiebre y de le-