

de 0,42 y el Van Slyke era un 46,8 por 100 en S. B. C.; en la orina tenía una densidad de 1.020, con una reacción ácida con ligeros indicios de albúmina y ausencia de glucosa, y en el sedimento había leucocitos aislados y células epiteliales planas; el tránsito intestinal muestra un esófago, cardias y estómago normal e ileon proximal con una pequeña dismotilidad sin significación patológica. El colon y sigma, normales.

Por la palpación renal, y para depurar la posibilidad de una malformación urológica, le hicimos una urografía descendente, que mostramos en la figura 1, en la cual se objetiva un marcado aumento de tamaño de riñones y las pelvis renales en el sentido longitudinal con efectos de compresión redondeada que estrechan los cálices mayores con aspecto típico de riñones poliquísticos.

Se le hizo un electroencefalograma, el cual, en las condiciones habituales de reposo, psicofísico relativo, dada la escasa colaboración de la paciente, que estuvo contraída la mayor parte del trazado, muestra una actividad eléctrica cerebral desincronizada, rápida, de bajo voltaje, en la que se observan escasos ritmos alfa de 10 por segundo y poca amplitud, que aparecen en ambas zonas parieto-occipitales, encontrándose superpuestos abundantes artefactos de electromiograma.

Con la hiperventilación no se observaron modificaciones de interés.

Se trata, pues, en resumen, de un riñón poli-quístico que presenta la particularidad de tener sus presiones arteriales normales. Ciertamente que tal emergencia ya está descrita en la literatura, y así SCHACHT¹ indica cómo el 75 por 100 de los casos de riñón poliquístico presentan las cifras de presión muy elevadas, y BELL² encuentra hipertensión en 44 de 78 casos. De todas formas es la falta de hipertensión, contingencia lo suficientemente poco frecuente para llamar la atención sobre ella en una nota clínica.

BIBLIOGRAFIA

1. CIT. ALLEN. Enfermedades del riñón. Edit. Inter Americana. México, 1952, pág. 105.
2. BELL.—Renal Diseases. Lea y Febiger. Filadelfia, 1946, página 91.

CANCER DE BOCA ANASTOMOTICA EN EL RESECADO GASTRICO

E. DE ARZÚA ZULAICA y J. L. OBREGÓN ICAZA.

Bilbao.

I

En un trabajo recientemente publicado¹ hemos hecho la distinción entre el cáncer de muñón gástrico en el resecado y el de boca anastomótica.

Esta separación es necesaria, pues el de muñón es una variante del de fórnix y parte superior de cuerpo gástrico, mientras que en el de boca cabe la posibilidad de que se trate de una

localización ligada a circunstancias propias de dicha boca anastomótica.

Los casos en que están invadidos anastomosis y muñón serán incluidos en este estudio cuando se vea que la invasión del muñón procede de boca, eliminando aquéllos en que el estómago resecado esté afectado en su mayor parte y no sólo en la proximidad de la anastomosis.

Exigimos igualmente que la intervención haya tenido lugar por lo menos cinco años antes y por un proceso benigno, que será casi siempre una úlcera gástrica o duodenal. Cabe la aparición dentro de esos cinco años de un cáncer de boca, pero por estar en el período de recidiva de las neoplasias no se podrá descartar su relación con la intervención.

II

Hemos revisado los trabajos de MOREL y de FREEDMAN, en los que hacen una detallada recopilación de toda la casuística mundial desde 1932. Hemos eliminado aquellos casos en que el lapso de tiempo transcurrido era de menos de cinco años. Con estas salvedades la casuística queda reducida a 36 casos. Veintiún antiguos resecados por úlcera gástrica, y quince por úlcera duodenal.

Los autores que los presentan son: BRISSET, de St. Lo, un caso, en 1932; RANSOM, uno, en 1936; PREVOT, cuatro, en 1937 y 1943; PRINZ HARRY, uno, en 1938; KONJENTZY, dos, en 1939; GIOVANNINI, uno, en 1941; TORGENSEN, uno, en 1941; KNERINGER, uno, en 1942; PICCO, uno, en 1948; VISINTIN, uno, en 1949; MANDL, uno, en 1940; ORRINGER, uno, en 1950; RUCKENSTEINER, uno, en 1950; LUZE, dos, en 1951; DI DOMIZIO, uno, en 1951; VINJE, uno, en 1952; KIRLE y WILD, uno, en 1952; HUBER, siete, en 1953; BANDMAN, tres, en 1953; DALSETH, uno, en 1953; SCHEVCHENKO, dos, en 1954, y BUSSE-MOREL, uno, en 1955.

III

Anatomía patológica.—Se trata con frecuencia de un tumor circular que circunscribe la boca anastomótica y que, salvo excepciones, reseta la mucosa yeyunal, que está solamente afectada en tres observaciones. (PREVOT, MOREL y DALSETH.)

Patogenia.—REHLI afirma que el cáncer de anastomosis no parte nunca de la mucosa intestinal; opinión compartida por VISINTIN.

Si las circunstancias de la intervención facilitan la aparición de este cáncer, su etiopatogenia puede servir para el estudio del cáncer en general.

DEBRAY da importancia a la anacidez acompañando a la gastritis, como ocurre en la anemia perniciosa, en la que el cáncer de estómago es más frecuente que en el resto de la población.

Para GIOVANNINI y PICCO el tránsito a la ma-

lignidad se hace a través de una gastritis hiperplásica, favorecida por estímulos mecánicos y químicos determinados por la creación de la boca anastomótica. Para PICCO hay un aspecto pseudopoliposo y erosivo de la mucosa perianastomótica.

KONJENTZNY demuestra lo expuesto poniendo en evidencia el paso de gastritis poliposa a cán-

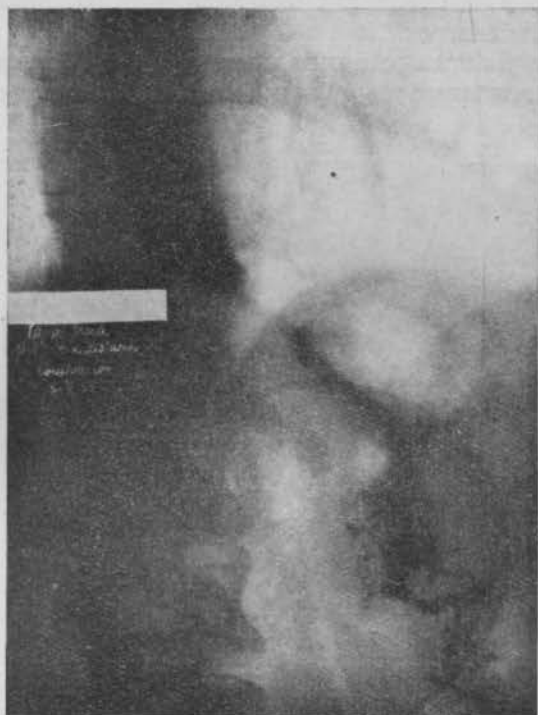


Fig. 1.

cer y manteniendo su postura del paso de inflamación del tipo atrófico hiperplásica a cáncer.

SINGER, basándose en su caso, piensa en cambios polipoides de la mucosa gástrica con degeneración cancerosa.

Para MOREL puede tratarse de una cancerización de cicatrices, como ocurre en la piel y en los epitelomas vaginales desarrollados sobre cicatriz de histerectomía por tumor benigno y tras un largo intervalo. Es el mismo criterio de LURJE.

La evidencia de la degeneración de las gastritis poliposas y los hallazgos de nuestro caso, nos hace pensar que es probable que el cáncer de boca anastomótica se deba en muchos casos a una gastritis previa de tipo poliposo, y que ella esté favorecida por las condiciones de la anastomosis. Queda por saber cuáles son estas condiciones.

En otros casos sería una simple coincidencia de aparición de un cáncer de estómago en una zona en la que se ha hecho una anastomosis.

Clinica.—Hay que recalcar que el síntoma principal es la reaparición de las molestias y la instauración de una anemia en un resecado, después de un intervalo libre de muchos años.

Los dolores de mayor o menor intensidad, pesadeces, angustias con ritmo ulceroso o no, las

aguas, náuseas, vómitos, hematemesis y melenas o hemorragias microscópicas no ofrecen ningún carácter destacable y sólo hay que señalar los vómitos de alimentos por la estenosis de boca determinada por el tumor. Todo el interés de la sintomatología estriba en su aparición tras muchos años de normalidad.

Tampoco insistiremos sobre la pérdida de peso, adelgazamiento y anorexia, así como palpación del tumor e hígado por posibles metástasis.

Radiología.—Cuando el tumor es muy pequeño resulta muy difícil visualizarlo. Cuando alcanza un tamaño mayor adopta con frecuencia una forma circular, pudiendo ser su contorno regular, como en nuestro caso.

Por tanto, la regularidad del contorno no nos permite pensar en una imagen benigna, por lo que sólo será valorada la irregularidad.

La intervención determina imágenes radiológicas de aspecto edematoso por los hilos de sutura, hernia mucosa a través de la muscularis, que pueden llevar al error. Hay que tener en



Fig. 2.

cuenta igualmente las imágenes de perigastritis con parecido aspecto

La estenosis de boca es un síntoma orientador aunque no veamos la falla, ya que no se dan generalmente por causas no neoplásicas en periodos tan tardíos. Lo mismo podemos decir de las úlceras de boca anastomótica y las imágenes edematosas de gastroyeyunitis.

La mejor posición es la bipedestación en frontal y oblicuos.

Gastroscofia.—Es más útil que en los cánceres de muñón, pues una de las mejores aplicaciones de este método es el estudio de la anastomosis en el resecado. La penetración no ofrece

grandes dificultades y la visualización del tumor no es difícil si es de buen tamaño.

Citología.—Es igualmente útil y nos remitimos a nuestro trabajo ¹ sobre la técnica del mandril sonda de Cabré Fiol, recordando que el hallazgo de células neoplásicas exige una estrecha colaboración con un anatomopatólogo competente.

Diagnóstico.—Recordemos una vez más que las gastroyeyunitis y úlceras de boca se desarrollan dentro del primer año de la intervención y excepcionalmente después de los tres años. Lo mismo ocurre con las anemias propias de los

gallia obligan a diferenciar el hígado neoplásico por metástasis con el cirrótico, teniendo en cuenta que los signos generales pueden ser parecidos a los de las neoplasias.

La evacuación del muñón puede estar dificultada por inflamaciones, cicatrices retráctiles o por causas mecánicas, como prolapso de asa yeyunal. Son también de aparición relativamente precoz.

Los raros tumores benignos también pueden inducir a error.

Las úlceras benignas pueden ser tomadas por tumores, pues la inflamación periulcerosa se-



Fig. 3.



Fig. 4.

gastrectomizados, ferriprivas y proteoprivas con frecuencia, y generalmente sin hemorragias ocultas en heces.

Si la anemia es de aparición tardía y va acompañada de hemorragias ocultas en heces, es muy probable se trate de un cáncer en resaca, y nos obliga a una laparotomía exploradora en caso de duda.

Sólo las úlceras benignas de estómago pueden aparecer en muñón gástrico años después de la intervención, y cuando no se ve el nicho dar cuadros que pueden inducir a error.

Los cánceres de boca que aparezcan dentro de los cinco años, ya hemos referido que no son estudiados en este capítulo, pero como pueden existir obligan a pensar en ellos. El diagnóstico será mucho más difícil, pues su clínica y radiología pueden ser parecidas a las de los ulcus y gastroyeyunitis que coinciden en su momento de aparición. Los datos que hemos dado pueden ser útiles, y siempre, en caso de duda, la laparotomía exploradora será el supremo recurso.

Las cirrosis de los resacaos ² con hepatome-

meja en ocasiones una neoplasia. Esto no debe permitir cometer el error contrario. Por ello, en caso de duda, además del dato cronológico, hay que realizar una laparotomía exploradora, y si se piensa hacer una vagotomía debemos estar completamente seguros de que no se trata de un cáncer de anastomosis.

Puede ser difícil el diagnóstico con el cáncer de muñón gástrico, pues la clínica es la misma. La radiología y gastroscopia ayudarán a resolver el problema.

Tratamiento.—Nueva resección subtotal o total con anastomosis gastro o esófago-yeyunal. Si no es posible extirpar el tumor se hará una derivación para evitar la estenosis de boca.

V

Presentamos el siguiente caso:

M. H. C. Sesenta años, casado. Visto el 5 de octubre de 1955.

Antecedentes personales.—Operado hace dieciocho años con resección gástrica por una úlcera pilórica. Llevaba quince años con un síndrome ulceroso típico. Tem-

poradas buenas de meses y años, y malas de un mes.

Enfermedad actual.—Hace dos años, hematemesis y melenas, sin historia anterior, y después de estar los dieciséis años sin ninguna molestia. Al mismo tiempo e inmediatamente después de las hematemesis tuvo dolor epigástrico continuo, fuerte, durante dos días. Luego quedó bien, pero pálido y con cansancio. Hace un año, dolor epigástrico no fuerte, uno o dos días por semana, con más frecuencia en cama y menos de día. Dura media hora. Temporadas buenas de mes y medio, y malas de meses, sobre todo en invierno. Algún día, de vez en cuando, ardor en epigastrio de noche. Estreñimiento hace un año. Ha adelgazado sin especificar cuánto ni cuándo.

Exploración.—Señala región xifoidea. No hay dolor a la palpación. Enfermo pálido.

Rayos X.—5-X-56. Resección tipo Billroth II. Vacía bien por asa eferente. Radiología, normal (figs. 1 y 2).

Laboratorio.—30-IX-56. Hematíes, 3.112.000; V. G., 0.64. 6-10-55. Hematíes, 3.000.000; V. G., 0.63; Leuco-

citos, 4.200; eo., 4; cay., 2; seg., 75; mo., 7; linf., 12; velocidad de sedimentación, 38-64. 8-X-55. Hemorragias ocultas en heces. Negativo.

Rayos X.—1-V-56. Se aprecia en boca anastomótica



Fig. 5.

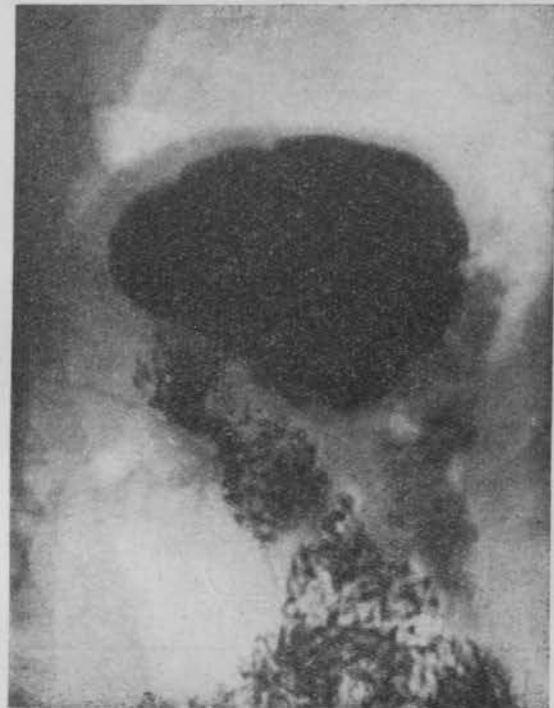


Fig. 6.

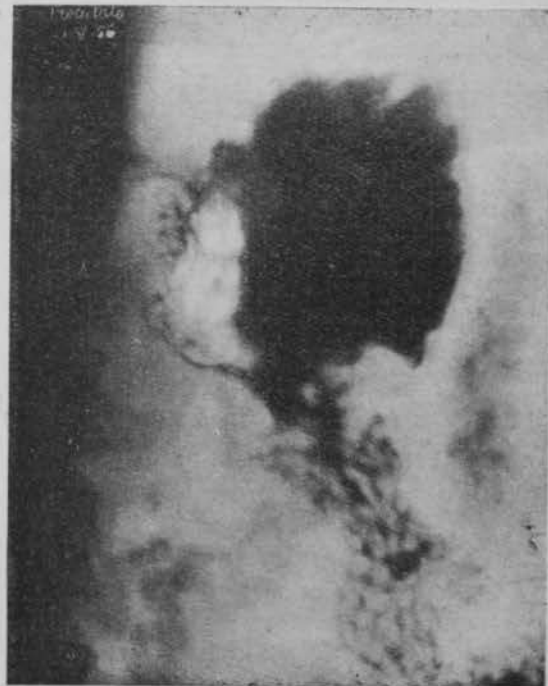


Fig. 7.

citos, 4.200; eo., 4; cay., 2; seg., 75; mo., 7; linf., 12; velocidad de sedimentación, 38-64. 8-X-55. Hemorragias ocultas en heces. Negativo.

Tratamiento.—Dieta blanda durante doce días. Extracto hepático. Hierro. Extracto de mucosa gástrica.

Evolución.—18-X-55. Bien, ocho días. Hace cinco días le duele de nuevo en epigastrio tres veces al día, tres horas después de comer; a cualquier hora, durante media hora más, de noche. Ha adelgazado tres kilos en los últimos veinte días.

Laboratorio.—20-X-55. Hematíes, 2.990.000; v. g., 0.84; leucocitos, 4.800; eo., 5; cay., 2; seg., 73; mo., 1; linfocitos, 24; velocidad de sedimentación, 20-60.

Le proponemos la intervención diciéndole que hay un proceso en estómago operado que, aunque no visible a rayos X, obliga a la intervención para descubrirlo.

El enfermo no accede e insistimos con sus familiares en la necesidad de la laparotomía, pues creemos que la radiología no permite ver lo que sin duda puede apreciarse en la intervención.

No volvemos a saber nada del enfermo hasta el 1 de mayo de 1956.

Nos dice que estuvo durante tres meses con dolor en epigastrio, fuerte, irradiado a vientre, a cualquier hora, que duraba una hora, varias veces durante casi todo el día, diario. Luego sin dolor durante dos meses. En esos

una imagen de falla oval con borde regular (figs. 3 a 7). Vacía bien.

Laboratorio.—3-V-56. Hematíes, 2.960.000; v. g., 0.84; bencidina en heces; negativa; velocidad de sedimentación, 13-34.

Proponemos de nuevo la intervención, que acepta.

Intervención.—24-V-56. Doctor OBREGÓN. Anestesia general con intubación traqueal y novocaína intravenosa (Dr. PEREA).

Laparotomía media suproumbilical sobre otra cicatriz operatoria anterior. Adherencias epiploicas a pared y al hígado, formando una intensa perigastritis. Existe un mazacote tumoral que ocupa toda la boca anastomótica de un Moynihan II, anteriormente practicado, y forma cuerpo, englobando al colon, que se halla por detrás. Procede el tumor de vertiente gástrica.



Fig. 8.

La liberación es muy dificultosa y consigue separar la boca del colon transverso. Se practica una nueva gastrectomía subtotal con resección en bloque de casi todo el muñón gástrico y de las asas aferente y efe-



Fig. 9.

rente. En mesenterio del asa anastomótica resecada existen gruesos ganglios, algunos de ellos inextirpables. Anastomosis yeyuno-yeyunal término-terminal y nuevo Moynihan II, tomando un segmento del asa más distal. En la pieza resecada (figs. 8, 9 y 10) existe algún trozo polipode y toda la mucosa se encuentra ulcerada, tanto en la vertiente gástrica como en la intestinal.

Anatomía patológica.—30-V-56. (Dr. GONZÁLEZ DEL TANAGO). Adenocarcinoma (fig. 11).

VI

El caso que presentamos confirma los datos expuestos, resaltando la importancia de la anemia y de la sintomatología gástrica después del intervalo libre de dieciséis años.

El hallazgo de mucosa polipode en la pieza resecada nos hace pensar que en la patogenia

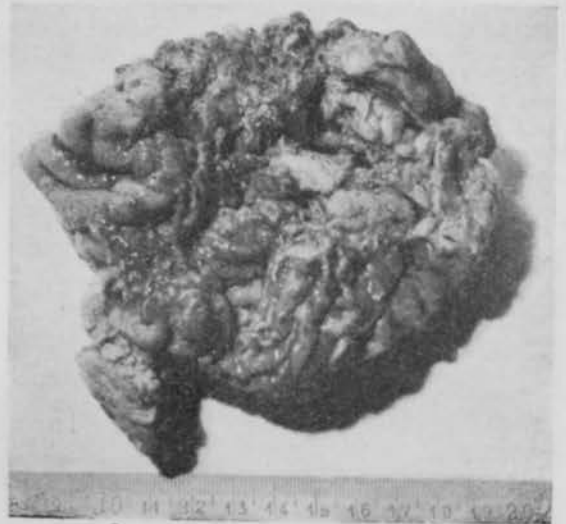


Fig. 10.

del cáncer de boca pueda jugar un papel la gastritis polipode.

Tendremos siempre presente que el cáncer de boca anastomótica existe, aunque sea difícil su demostración en los primeros estadios y que de-

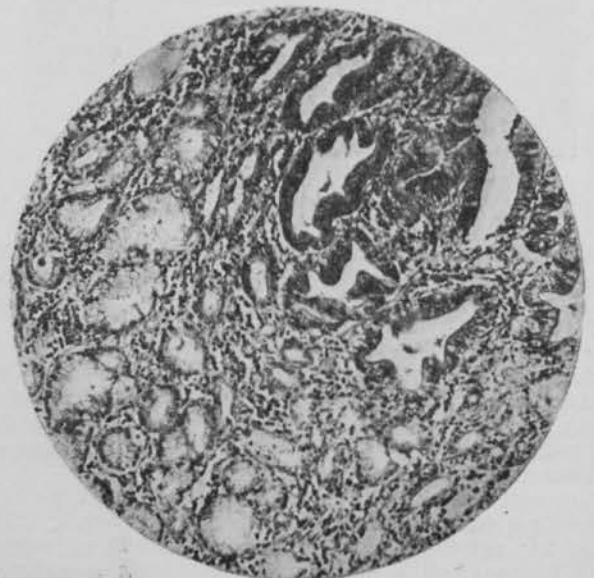


Fig. 11.—Cortesía del Dr. González del Tanago. Se aprecian los tubos cancerosos en la parte superior derecha, con luces amplias e irregulares y un revestimiento epitelial fuertemente basófilo que no produce moco en la luz. Al lado opuesto se ven glándulas subnormales y normales a medida que se alejan del proceso neoplásico. Todo el estroma está muy infiltrado por células redondas.

bemos distinguido de la úlcera o gastroyeyunitis, debiendo recurrir a la laparotomía exploradora en los casos dudosos.