

en la potencia de la dorsiflexión del pie o de los dedos; los otros dos enfermos desarrollaron sus síntomas después de una transfusión sanguínea en las venas de las piernas como tratamiento para el shock consecutivo a traumatismos en otras partes del cuerpo. Los músculos afectados se ponen duros y de consistencia como de madera, mostrándose tan contraídos que los enfermos, a pesar de la pérdida de la dorsiflexión activa, no muestran una deformidad de pie colgante. En la exploración se observaba una falta de respuesta a la estimulación eléctrica en la mayoría de los casos, un electromiograma silente y en la biopsia los hallazgos correspondientes a isquemia y necrosis de los músculos. En ocasiones, además, existía evidencia de una lesión compresiva del nervio tibial anterior, originando una anestesia en la región interdigital del dorso y una paresia reversible del extensor corto de los dedos; de los tres músculos del compartimiento, el más vulnerable es el extensor del dedo gordo, y a continuación el tibial anterior, mientras que el extensor largo de los dedos escapa generalmente a la lesión.

En cuanto a la patogenia, dichos últimos autores se muestran en contra de la tesis general de un espasmo o trombosis arterial como fenómenos responsables, y como conclusión de sus estudios aceptan la patogenia siguiente: El empleo brusco y desusado de los músculos pretibiales en hombres no entrenados llega a traumatizarlos, de forma que como resultado de la ruptura de unas pocas fibras musculares o de la hemorragia en el interior del músculo, se exagera notablemente la hinchazón de los músculos que normalmente acompañan al ejercicio. Esto produce un aumento de tensión en el interior del compartimiento tibial anterior rígido, lo suficiente para impedir la circulación a los músculos y originar la necrosis isquémica; ésta es la secuencia de hechos en la mayoría de los casos, pero aceptan que cualquier otro factor que produzca un aumento de la tensión en dicho compartimiento puede producir los mismos efectos.

El diagnóstico no es difícil si se piensa en este proceso y es preciso insistir que no se trata de una situación similar a la de la isquemia de VOLKMANN, que habitualmente se asocia con una fractura u otro traumatismo grave, y que puede afectar a cualquier músculo por debajo de la rodilla. Es sorprendente que el síndrome sea tan raro, teniendo presente que hay mucha gente joven, especialmente reclutas, que realizan ejercicios mucho más violentos de lo que están acostumbrados.

Cualquier dolor en este sitio durante el ejercicio debe considerarse seriamente, preconizando un reposo completo si se nota cierto grado de induración, puesto que es posible la recuperación espontánea si la parálisis no ha aparecido; en caso contrario, debe realizarse a la mayor brevedad posible una descompresión quirúrgica inmediata del compartimiento tibial anterior, incidiendo la fascia profunda.

Así las cosas, en 1949, y reconocida una forma de síndrome tibial anterior con características agudas, ha sido en 1956 cuando MAVOR ha identificado una forma crónica de dicho proceso. Describe un enfermo, futbolista, que tenía dolor en la pierna, después del ejercicio, sin evidencia de trastorno circulatorio, pero observándose dos pequeñas hernias musculares en la parte superior de los músculos tibiales de cada lado; después de la escisión de la fascia sobre este músculo, reparó el defecto con un injerto de fascia lata y con ello desaparecieron los síntomas del enfermo. En la biopsia del tibial anterior no existía necrosis y el diagnóstico quedaba seguro. No obstante, hay poca duda que los ataques de dolor en dicha región son corrientes entre los atletas en entrenamiento, que lo refieren como "espinilla entabillada". Si este cuadro debe precederse siempre de un ataque agudo no es una cosa segura, pero el dolorimiento y la hinchazón de los músculos y el enrojecimiento de la piel suprayacente, que existen siempre, desaparecen con el reposo. Esta falta de publicaciones de casos crónicos sobre el síndrome tibial anterior se interpreta como consecuencia del abandono de los atletas, quienes no requieren la asistencia médica cuando presentan trastornos durante sus entrenamientos. Existe una forma de prevención de estos trastornos, por medio de la elevación del tono de los músculos, de un modo mucho más gradual, y el dolor se extingue progresivamente, pero si esto no consigue el éxito, al igual que en la forma aguda, deberá realizarse la descompresión del compartimiento tibial anterior.

#### BIBLIOGRAFIA

- CARTER, A. B., RICHARDS, R. L. y ZACHARY, R. B.—Lancet, 2, 928, 1949.  
 HORN, C. E.—J. Bone Joint Surg., 27, 615, 1945.  
 HUGHES, J. R.—J. Bone Joint Surg., 30, 581, 1948.  
 MAVOR, G. E.—J. Bone Joint Surg., 38, 513, 1955.  
 PEARSON, C., ADAMS, R. D. y DENNY-BROWN, D.—New Eng. J. Med., 239, 212, 1948.  
 PHALEN, G. S.—Ann. Surg., 127, 112, 1948.  
 SIPBU, A. B., MURPHY, M. J. y WHITE, A. S.—Calif. West. Med., 60, 53, 1944.

## SESIONES DE LA CLINICA DEL PROF. C. JIMENEZ DIAZ

Catedra de Patología Médica. Clínica del Hospital Provincial. Madrid. Prof. C. JIMENEZ DIAZ

### SESIONES DE LOS SABADOS. — ANATOMO-CLINICAS

Sábado 4 de junio de 1955.

#### TUMOR QUISTICO DEL MESENTERIO

Doctor M. HIDALGO HUERTA.—El caso presente se trata de un enfermo de cincuenta y cuatro años, natural de San Cristóbal de Palazuelos (Segovia), que ingresa en el Servicio el día 13 de octubre de 1954, refiriendo la siguiente historia:

Hace un año, aproximadamente, a continuación de una cena normal, tuvo sensación de mareo y coincidentemente vómitos acuosos que se le calmaron tomando un medicamento que cree recordar se trataba de sal

de frutas. Aunque normalmente era estreñido, se le acentuó durante los días posteriores a este acceso. A partir de esta época comenzó a sentir dolor poco marcado en vacío y fosa ilíaca izquierda poco expresivo espontáneamente, pero más intenso cuando efectuaba algún movimiento brusco o a la palpación. De esta forma ha continuado hasta hace unos días en que le ha vuelto a repetir el cuadro descrito, pero con una intensidad más acusada en su acuidad y duración. Ha durado cuarenta y ocho horas, y una vez cedido el cuadro, se encuentra completamente bien y en la actualidad únicamente aqueja anorexia ligera y estreñimiento, que se ha acentuado más que en los tiempos pasados.

Come bien y todos los alimentos son perfectamente tolerados; no cree haber perdido peso, y de los restantes aparatos no relata datos de interés.

En los antecedentes personales únicamente existe el dato de haber padecido una pulmonía el año 1937, y en los antecedentes familiares el padre murió de sencitud, la madre de accidente, han sido cinco hermanos sanos, cinco hijos, de los cuales dos viven bien y tres murieron en la infancia. La primera esposa murió de cáncer y la segunda vive sana.

A la exploración observamos un enfermo en buen estado de nutrición, bien constituido, con buena coloración de piel y mucosas. Pupilas isocóricas que reaccionan bien a la luz y a la acomodación. Sepsis oral con pérdida de numerosas piezas. Faringe y amigdalas normales. En tórax nada anormal a la percusión y auscultación. Tensiones, 12.5-9.5.

En el abdomen, por inspección, se aprecia un abultamiento y asimetría de la pared abdominal a nivel de la fossa iliaca izquierda que, a la palpación, demuestra tratarse de una tumoración del tamaño de la cabeza de un feto, de consistencia dura, fija por su parte posterior y desplazable por la anterior, que ocupa toda la fossa iliaca izquierda, llegando a la línea media. No hígado ni bazo. No ganglios inguinales. Cicatriz postoperatoria en la región inguinal izquierda.

El estudio analítico ha proporcionado los siguientes resultados: en sangre hay 3.800.000 hematies, con 6.400 leucocitos, de los cuales 69 son neutrófilos (63 adultos y 6 en cayado), 4 eosinófilos, 22 linfocitos y 5 monocitos. Velocidad de sedimentación de 1-14, con índice de 4.5. En orina no hay anomalías. La investigación de hemorragias ocultas en heces es negativa, como negativos son asimismo las reacciones de Cassoni y Weimberg.

El estudio radiológico demuestra la normalidad de los contornos gástrico y duodenal. Una segunda exploración realizada a las cinco horas permite observar que la sustancia opaca se encuentra en su totalidad en el ileón pélvico, que no está afectado por la tumoración, que es extraintestinal. Verificado un enema opaco se puede observar que la papilla penetra perfectamente sin encontrarse obstáculos al tránsito ni defectos en el contorno cólico. La tumoración queda enmarcada en el trayecto del colon sin tener relación directa con el conducto intestinal.

Con el diagnóstico de tumoración quística del mesenterio de etiología no parasitaria, el enfermo fué intervenido el día 10 de noviembre de 1954, bajo anestesia por intubación con pentotal-éter-curare y a favor de laparotomía transrectal izquierda infraumbilical. En la fossa iliaca izquierda, y engastado en el espesor del meso sigmoideo, se encuentra una tumoración de aspecto quístico del tamaño y forma de una naranja muy adherida en su parte posterior a la región paravertebral, inmediatamente por encima del promontorio y desplazable por su cara anterior. La punción de la tumoración quística proporciona un líquido hemorrágico de color vinoso. Enucleación en su totalidad de la tumoración, reconstrucción del meso sigmoideo y cierre de la pared en tres planos. En la pieza anatómica se muestra una cavidad con paredes esfaceladas y contenido hemorrágico.

El examen anatopatológico (Dr. MORALES PLEGUEZUELO) acusa los siguientes datos: Formación con una cavidad grande y otras más pequeñas que pueden tener contenido hemático que se aísla por fuera por tejido conectivo hialinizado, siendo más o menos rica en células fusiformes que en ciertos lugares se comprueban son conectivas y se disponen en haces compactos. Existen más o menos signos de inflamación crónica. Ni atipias, ni mitosis, ni epitelio se han visto.

El informe del examen del líquido del quiste da el siguiente resultado: De color rojo sangre. Citológia: Numerosos hematies. Fórmula: Polinucleares neutrófilos, 1 por 100; linfocitos, 90 por 100; células endoteliales, 7 por 100. Flora microbiana nula. Siembra estéril.

El enfermo fué dado de alta, totalmente libre de molestias, a los diez días de la intervención.

El interés de este caso, que por esto traemos a la Se-

sión y a la consideración de ustedes, es la poco frecuente observación de tumoraciones quísticas implantadas en el mesenterio. Tan es así, que entre el abundante material de nuestra Clínica éste es el tercer caso, correspondiendo los anteriores a un enfermo intervenido en el año 1941 de un quiste quílico que asentaba en el meso del ileón, y al de una enferma que fué operada el año 1944 que tenía un gran quiste hidatídico injertado en el espesor del meso del yeyuno. Esta rareza de la localización quística en el mesenterio es común a todas las latitudes, ya que puede decirse que en la actualidad no exceden de 700 el número de comunicaciones sobre esta eventualidad, y dentro de ellas la mayor parte corresponden a quistes etiológicamente parasitarios. En este sentido, dentro de las diversas clasificaciones establecidas para su filiación y encasillamiento, nos parece quizás la más acertada la de LAHEY y ECHERSON, que los agrupa del siguiente modo:

- 1.º Quistes de Wolff, consecutivos a la existencia de restos persistentes de cualquier parte del sistema urogenital.
- 2.º Quistes linfáticos o quílicos.
- 3.º Quistes dermoides.
- 4.º Quistes mesocólicos.
- 5.º Quistes parasitarios.
- 6.º Quistes hemorrágicos como consecuencia, en la mayor parte de los casos, a acciones traumáticas.

Nuestro caso representa con toda seguridad una aportación más a este último grupo, si bien no existen antecedentes de traumatismo, como ocurre en la mayor parte de los casos.

#### SUPURACION PULMONAR TRATADA LOCALMENTE

Doctor ALIX.—Trátase de un enfermo varón de cuarenta y dos años, que hace dos años sufrió un proceso respiratorio agudo con expectoración hemorrágica abundante y fiebre alta, que curó aparentemente tras un tratamiento antibiótico con penicilina.

Hace unos seis meses apareció nuevamente fiebre, expectoración abundante muy fétida en cantidad variable, oscilando alrededor de unos 500 c. c. El estado general ha ido empeorando progresivamente hasta la fecha, en que muestra extrema fétidez, aspecto caquético acuñado, fiebre de 38 a 39 grados diariamente.

La exploración clínica y radiológica revela una supuración pulmonar del pulmón izquierdo que consta de dos grandes cavidades en ambos lóbulos con nivel de secreción. La fétidez fecaloide es intensísima. Las cantidades recogidas oscilan alrededor de los 750 c. c. Su examen bacteriológico revela una flora variadísima sin predominios especiales.

Se instituye inmediatamente un tratamiento con punciones transparietales e inyección "in loco" de 1.000.000 de unidades de penicilina diariamente, a más de 1.000.000 por vía parenteral intramuscular.

A las cuarenta y ocho horas ha desaparecido la fétidez y el decremento de la cantidad de esputos es rápido, de modo que a las tres semanas no expectora más que unos 2 c. c. de esputo mucoso. El estado general mejora, la temperatura se normaliza a los tres días de iniciado el tratamiento.

Queda como secuela radiológica una induración cicrótica en los lugares en que asentó el proceso. El enfermo es revisado a los seis meses y continúa en estado satisfactorio, del mismo modo que otra serie anterior de enfermos tratados por el mismo método en una serie anterior, en los que el período de observación alcanza hasta cuatro años.

En el comentario, el Prof. JIMÉNEZ DÍAZ realza el valor de esta técnica, que permite curar o poner en condiciones de operar enfermos que de otro modo no podrían soportar la intervención.

#### ANGIOMA MEDULAR CON HEMATOMIELIA

Doctores E. LEY GRACIA y E. LEY PALOMEQUE.—Se presenta a una joven operada de un angioma medular que

presentaba ciertas características interesantes y en la que se ha logrado una gran mejoría del cuadro clínico.

Su historia, exploración, etc., son las siguientes:

Fué observada el 19 de marzo de 1955, enviada por el Prof. JIMÉNEZ DÍAZ.

M. G. R., de dieciséis años de edad.

Desde hacia un año había tenido dolores ocasionales en los hombros.

En octubre del 54 había comenzado a tener dolores en región dorso-lumbar que se irradiaban hacia adelante por ambos costados en forma de cinturón. Los dolores habían sido intensos al principio, aliviándose a los pocos días de su comienzo. En el mes de diciembre, los dolores habían vuelto a intensificarse durante tres o cuatro días, extendiéndose también al cuello, hombros y brazos. Volvieron a aliviarse, quedando desde entonces dolores en región lumbar alta. Varios días después de la segunda exacerbación de los dolores, había notado flojedad en pierna izquierda, cosa que había ido aumentando hasta el momento de ser observada, no pudiendo por entonces mantenerse en pie por sí sola. Desde finales del mes de enero se le habían ido "entumeciendo" las piernas paulatinamente. Desde el mes de diciembre había comenzado a tener dificultades en la micción y defecación.

En los antecedentes familiares había el dato interesante de que uno de sus siete hermanos había muerto a los quince días de edad, teniendo, al parecer, un meningocéle en región lumbar.

**Exploración.**—Pares craneales y miembros superiores normales.

Disminución de fuerza notable en ambas piernas. La enferma no se sostiene en pie sin ayuda. La paresia es más acentuada en pierna derecha.

Los reflejos profundos en miembros inferiores están vivos, más en lado derecho, donde hay clonus de rótula y pie.

Babinski bilateral, más claro en pie derecho.

Hipertonia en ambas piernas.

Hipoestesia e hipoalgesia en miembros inferiores y porción inferior de tronco con un nivel superior a dos traveses de dedo por encima del ombligo en lado derecho y a la altura de cicatriz umbilical en lado izquierdo. La hipoestesia se acentúa distalmente. No percibe el diapason en pie derecho y difícilmente en izquierdo.

Dolor a la percusión sobre apófisis espinosas de D X y D XI.

A la altura de la décima y undécima costillas derechas, cerca de la línea media en plano posterior de tronco, hay una mancha en la piel formada por un punteado de pequeñas lesiones rojizas.

**Mielografía (21-III-55).**—Se hace previamente manometría, no encontrándose bloqueo a la compresión de yugulares. A continuación se inyecta 1 c. c. de Lipiodol en espacio subaracnoideo lumbar y se le hace subir, bajo radioscopía. A nivel de cuerpo de la novena vértebra dorsal hay una detención del contraste que al inclinar más a la enferma sigue ascendiendo por ambos lados, dejando un espacio en cúpula central vacío.

Bajo el diagnóstico de un proceso compresivo intra-rraquídeo se lleva a cabo una laminectomía de las vértebras dorsales séptima, octava y novena. Abierta dura, aparece una formación rojiza que hace cuerpo con la médula, fusiforme, en la cara posterior lateral derecha de aquélla, de localización subpial. Se extirpa esta formación, que es en realidad extramedular, pero íntimamente unida al tejido nervioso, por lo que su resección es extremadamente laboriosa. En esta maniobra se abre una pequeña cavidad que contiene sangre achocolatada. La médula queda bastante aplastada a nivel de la resección. Se sutura por planos.

La intervención es bien tolerada.

La enferma tiene un curso postoperatorio muy bueno, habiéndose conseguido hasta la fecha una recuperación parcial apreciable que sigue en curso.

El informe histológico (Dr. MORALES PLEGUEZUELO) es el siguiente:

"Tejido conectivo con muchos vasos, de apariencia angiomatica, que se acompaña de abundantes depósitos férricos, a consecuencia de hemorragias antiguas.

También se ven partículas de tejido nervioso no tumoral. No indicios morfológicos de proceso maligno."

**Comentario.**—Se trata, pues, de una formación tumoral de tipo angiomatico. Estas lesiones, aunque no muy frecuentes, no se pueden calificar de rarezas. Es clásica su frecuente asociación con lesiones semejantes en la piel a nivel de la dermatoma correspondiente, dato que puede facilitar el diagnóstico de naturaleza preoperatorio.

También, como es frecuente, en esta enferma había habido accidentes vasculares, probablemente repetidos, dando lugar a hemorragias intramedulares e incluso subaracnoideas, que explican el curso hasta cierto punto episódico de la enferma.

Nos parece interesante resaltar la existencia de una anomalía disráfica en una hermana (meningocele lumbar), ya que, aunque la lesión creemos debe clasificarse como tumoral, no hay duda de que está muy próxima a las malformaciones congénitas, como lo indica, entre otras cosas, la mancha cutánea que se ha descrito.

La benignidad histológica de la lesión nos permite hacer un buen pronóstico, lográndose probablemente una recuperación total del cuadro.

Sábado 11 de junio de 1955.

#### HEPATOMA

**Doctor LORENTE.**—Será publicado extensamente en esta Revista.

#### QUISTE LINFÁTICO DEL MESENTERIO

**Profesor GONZÁLEZ BUENO.**—Se hará una comunicación de conjunto con otros casos en esta Revista.

Sábado 18 de junio de 1955.

#### OSTEOSARCOMA VERTEBRAL

**Doctores BARREDA y OBRADOR.**—Ingresa la enferma V. M. M. el día 25 de abril del 55, de profesión sus labores, casada, de veintisiete años de edad, y recogemos la siguiente historia: La enferma lo que aqueja es que se le duermen las piernas y no las puede mover, desde hace un mes, y según la enferma, debido a una inyección intramuscular. Enfermedad actual: Hace unos nueve meses, y estando antes bien, empezó a notar un dolor en región lumbar, fijo y continuo, que no se irradiaba y que se le acentuaba con los movimientos y no se le calmaba con el reposo. No tuvo fiebre y las orinas eran normales. El dolor le ha continuado sin calmársela a pesar de haber hecho muchos tratamientos hasta la actualidad.

Hace un mes, y coincidiendo con un tratamiento con vitamina B<sub>12</sub>, empezó a notar que las piernas se le adormecían y que iba perdiendo fuerzas en ellas, hasta el punto de no poder moverlas. No se le han hinchado, ni se le quedan frías. Va muy estreñida y desde hace un par de días ha notado incontinencia de esfínteres. En el transcurso de su historia nunca ha tenido fiebre.

A la exploración encontramos: Una enferma bien constituida, obesa, con aspecto pastoso de la cara, palidez de piel y mucosas y ligeras chapetas malares. Pupilas isocóricas y normorreactivas. No nistagmus. Pulmón, corazón y abdomen, normales. Tiene dolor a la presión en la zona lumbar derecha, no dolor al golpeteo ni a la sobrecarga en la columna vertebral. Las extremidades superiores son normales. Las inferiores están paralizadas. Reflejo rotuliano izquierdo muy débil, rotuliano derecho abolido. Aquileos normales en ambos lados. Babinski positivo en ambos lados, en el izquierdo se inicia el Oppenheim, Shaffer negativo. La sensibilidad profunda está abolida, desde el tercio superior de la tibia, hasta la porción más distal de las extremi-

dades. Sensibilidad superficial, táctil, térmica y dolorosa, disminuidas en las mismas zonas.

Al ingresar se le hace de urgencia las radiografías de columna, y en la visita de la sala se descarta totalmente la posibilidad de que se trate de un Mal de Pott (diagnóstico con el que venía la enferma), por la perfecta conservación de la estructura y de los discos intervertebrales. Se comenta que por la poca frecuencia de la localización, no parece un tumor primitivamente vertebral. Podría tratarse de un mieloma, pero nos pareció bastante improbable. La opinión más verosímil es que se trate de un sarcoma, probablemente de origen costal, con propagación a cuerpos vertebrales. Se le hicieron las siguientes exploraciones: Tenía 3.000.000 de hemacias, con 60 por 100 de hemoglobina y un valor globular de 1. Una anisocitosis marcada, con predominio de microcitos, anisocromenia y frecuentes macrocitos policromatofílos. Tenía una velocidad de 55,5 de índice. La serie blanca daba 7.700 leucocitos por milímetro cúbico, con una fórmula: neutrófilos adultos, 67, y en cayado, 20, con un total de neutrófilos de 87 por 100; eosinófilos, 0; basófilos, 0; linfocitos, 9, y mono, 4. La fosfatasa ácida, 4,4 unidades; la alcalina, 37 unidades. Para descartar la posibilidad de un mieloma se hizo la albuminuria de BENCES JONES, que fué negativa.

Con estos datos la vió el Prof. JIMÉNEZ DÍAZ, cuya opinión es de que, efectivamente, se trataba de un sarcoma costal, que secundariamente había afectado a columna. Como proceder terapéutico indica que es necesario consultar antes con el neurocirujano, para ver si es factible técnicamente una descompresión de esta zona medular, y caso de serlo, proceder a ello, ya que es urgente su realización, aunque sin grandes esperanzas de mejorarla.

El 2-V-55 fué intervenida por el Dr. OBRADOR. Al hacer la disección de las apófisis espinosas, y a nivel de la duodécima dorsal, ocupando lo que debería ser lámina vertebral, se encontró una masa rojiza, tumoral, extraordinariamente sangrante, que obligó a hacer taponamiento. La masa se extendía hacia fuera de la columna en una extensión del tamaño aproximado de una mandarina, se limitaba muy mal, invadía masa muscular, era blanda y sangrante y destruía por completo todo el cuerpo vertebral y la costilla, como ya se apreciaba en la radiografía. Se extirpó todo el tumor macroscópicamente visible, en grandes trozos, con pinzas de biopsia. La cavidad tumoral se llenó de esponja de gelatina. Al finalizar la operación la enferma estaba bastante chocada, con una máxima tensión de 80 y gran taquicardia.

El informe anatomo-patológico, hecho por el Dr. MORALES PLEGUEZUELO, dice lo siguiente:

"Sarcoma osteogénito, con zona condroblástica y otras de trabéculas osteínicas en las que se precipita la cal en forma cristalina. Se ven numerosas atípicas y ocasionales mitosis."

La enferma, dada de alta en cirugía, vuelve a nuestro Servicio el día 9 de mayo del 55. El Prof. JIMÉNEZ DÍAZ indica la conveniencia de comenzar la radioterapia. Se le dan catorce sesiones y se suspenden por aparición de una radiodermatitis. Ultimamente ha comenzado a recuperar poco a poco la sensibilidad y a poder verificar ligeros desplazamientos, sobre el plano de la cama, de la pierna derecha y movimientos de extensión y flexión de los dedos y pie izquierdo.

Se le da de alta, con la intención de repetir la radioterapia pasados dos meses. Aconsejándole un tratamiento fisioterápico.

**Comentarios.**—Se hicieron acerca del origen primario del tumor, costal o vertebral, algunas disquisiciones.

#### CÁNCERES DEL ESTOMAGO

Doctor JULIO MONEREO.—A propósito de unos casos que hemos operado recientemente, quisiera poner de manifiesto algunos conceptos que sobre el tratamiento

y pronóstico de los cánceres de estómago conviene revisar de vez en cuando, a medida que los avances en el diagnóstico y medios auxiliares del tratamiento quirúrgico van evolucionando, y por ende, progresando.

El porvenir del canceroso de estómago hace diez años era fatal en un gran tanto por ciento de los casos, aun en las manos de los más expertos cirujanos. La moda de la gastrectomía total iniciada antes de que las ciencias auxiliares a la cirugía hubieran progresado paralelamente a ésta, introdujo una gran mortalidad operatoria, ya rebasada por la estandarización de la gastrectomía subtotal. La polémica que desde entonces se ha suscitado entre los defensores de ambas técnicas, a la luz de nuestros conocimientos de hoy, carece de sentido.

El cáncer gástrico, como todos los del tubo digestivo, presenta características similares, dependientes exclusivamente de su localización en invasión de los tejidos vecinos. La invasión local es la que hace al cáncer operable o no; la metastatización, linfática y venosa, es la que da la supervivencia del enfermo.

La invasión local del cáncer gástrico es importante, según afecte o no a estructuras fundamentales de la economía, que en este caso la más importante es el pedículo hepático y la cabeza del páncreas. El resto de los tejidos circundantes al estómago, como son el epiplón mayor y menor, el mesocolon, el cuerpo y cola de páncreas, el bazo y hasta el colon transverso, son órganos perfectamente resecables hoy en día. Un hecho a tener en cuenta es el que las adherencias de los cánceres gástricos a tejidos vecinos suelen tener carácter neoplásico, al contrario de lo que ocurre con las de los cánceres del colon y recto, de carácter generalmente inflamatorio.

La invasión linfática y venosa de los cánceres gástricos es casi siempre constante y precoz por cuanto sus pedículos de drenaje son cortos y múltiples, y la vascularización del estómago, mayor que la de ningún otro tramo digestivo. Estudiando este drenaje linfático, podemos observar el error de los partidarios de la gastrectomía total sistemática. El casquete superior del estómago se drena en un sentido ascendente a través de los linfáticos del diafragma, lo mismo que el tercio inferior del esófago, y en un sentido descendente por el pedículo de la rama izquierda de la arteria coronaria. Cuando este casquete gástrico no está afectado directamente por la neoplasia es totalmente inútil su resección, mientras que su conservación evita muchas de las secuelas de la gastrectomía total, y da al paciente un gran confort postoperatorio. Esta tesis está viniendo siendo mantenida por nuestro maestro el Dr. GONZÁLEZ BUENO desde que entramos, hace ya bastantes años, a trabajar en su Servicio, y corroborada por su enorme experiencia de resecciones gástricas por cáncer. Han pasado las modas y el tiempo ha venido a darle la razón.

A pesar de ser los pedículos linfáticos cortos, hay que resecarlos, ligando la arteria coronaria a la salida del tronco celíaco, y la gastroduodenal en la misma cabeza del páncreas.

Siguiendo este criterio, vamos a presentarles tres cánceres gástricos operados en este mes pasado y característicos por su localización:

1.º M. C., cáncer ulcerado del antro de forma anular y con metástasis linfáticas locales. Resección subtotal.

2.º D. M., cáncer ulcerado y sangrante de la curvatura menor, con metástasis linfáticas locales. Resección subtotal.

3.º N. G. G., cáncer del cardias con invasión del esófago abdominal y del páncreas. Resección total del estómago, cuerpo y cola del páncreas, bazo y tercio inferior del esófago.

Intervienen en los comentarios acerca de las clasificaciones, con vistas a unificar los criterios, de los cánceres de estómago, así como sobre las indicaciones y técnicas de las resecciones total, los doctores MARINA e HIDALGO.