

plasma proteins, etc.) were tested are reported. Such results do not enable conclusions of differential diagnostic value to be drawn.

ZUSAMMENFASSUNG

Nach Hinweis auf die Verwendung von radioaktiven Jod oder einer Spleno-Pfortadergraphie als Methoden zur Diagnostik von digestiven Krebs stammenden, sekundären Lebermetastasen, werden eigene Beobachtungen mit einigen chemischen Reaktionen (Blutkörperchenkungsgeschwindigkeit Veltman, Plasmaproteinen, usw.) bei 6 Patienten angeführt.

Die Ergebnisse lassen keine für eine Differentialdiagnose verwertbaren Schlussfolgerungen zu.

RÉSUMÉ

Après avoir rappeler l'emploi du yode radioactif ou de la splénoportographie comme méthodes diagnostics des métastases hépatiques secondaires à des cancers digestifs, on expose l'expérience personnelle chez 6 malades de la pratique de certaines réactions chimiques (V. S. Veltman, protéines plasmatiques, etc.). Les résultats ne permettent pas de tirer des conclusions d'une valeur diagnostique différentielle.

NOTAS CLINICAS

CANCER GASTRICO MUCOSO

Consideraciones sobre el llamado diagnóstico precoz del mismo.

G. MARTÍN ARRIBAS.

Vigo.

De la Escuela Catalana de Digestivo.

Uno de los problemas más importantes que tiene planteados la Medicina actual es el del tratamiento del cáncer de estómago. Hoy por hoy, el único medio terapéutico eficaz de que disponemos es el tratamiento quirúrgico del mismo durante la primera fase de su evolución. Como se comprende, es absolutamente indispensable el diagnóstico del cáncer en esta etapa.

Ahora bien, si esperamos para diagnosticar el cáncer gástrico a que el enfermo presente el clásico cuadro maligno con su cortejo de síntomas agoreros—cansancio, inapetencia, adelgazamiento, mal color, tumoración palpable, etcétera—, tendremos la seguridad de no errar en nuestro pronóstico, pero el enfermo está completamente perdido y el diagnóstico equivale a un certificado de defunción a corto plazo.

Si queremos hacer algo positivo por nuestros enfermos cancerosos, hemos de olvidar por completo este trasnochado cuadro clínico que no pertenece al estadio de auténtico cáncer gástrico, sino al de la *cancerosis intermedia* o al de la *carcinomatosis final*, cuadro monocorde, estereotipado, al que abocan todos los cánceres, cualquiera que sea su localización.

En mi opinión, la denominación "diagnóstico precoz del cáncer" constituye un término caren-

te de sentido. Con esta denominación se quiere significar el diagnóstico del cáncer de estómago en una fase previa a su diseminación. Pero si examinamos fría y objetivamente los hechos, comprenderemos que en el diagnóstico de cáncer de estómago no existen términos intermedios: o se diagnostica *cáncer gástrico*, es decir, "chancro inicial" o lesión primaria, exclusivamente localizada en la pared gástrica (precisamente a esto se refiere el llamado diagnóstico precoz), o se diagnostica *cancerosis linfática* o *carcinomatosis*, que constituyen la infiltración linfática y la diseminación hematogena a distancia, respectivamente, del agente causal. Es decir, lo mismo que se diagnostica furúnculo, por un lado, y puohemia estafilocócica, por otro, o erisipela y sepsis estreptocócica o chancro sifilitico y lesiones gomosas terciarias, cuadros clínicos absolutamente distintos, aunque originados por la misma causa.

Son períodos radicalmente distintos no sólo en su apariencia clínica, sino lo que es más importante, en su pronóstico y tratamiento: el uno, cáncer gástrico, o lesión únicamente parietal, es absolutamente curable con el tratamiento quirúrgico sin necesidad de recurrir a técnicas quirúrgicas peligrosas o aventuradas; el otro, la carcinomatosis o diseminación hematogena, es completamente incurable y su único tratamiento es la morfina. Entre ambos existe un período intermedio, la *cancerosis linfática*, que la inmensa mayoría de las veces tiene las mismas características pronósticas y terapéuticas que la *carcinomatosis*, pero que en algunas ocasiones (y aquí si que cabe el término de diagnóstico precoz de la diseminación linfática) su exigua extensión hace que tenga un pronóstico similar al del cáncer gástrico o lesión parietal, recu-

rriendo a arriesgadas intervenciones quirúrgicas.

Si nos enpeñamos en confundir en uno solo los cuadros clínicos de ambos, jamás se creará en la conciencia del médico el sentimiento de la tremenda responsabilidad que adquiere ante todo enfermo de más de treinta años que comienza con molestias gástricas, por insignificantes y banales que parezcan.



Fig. 1.—Caso 1. Imagen de afilamiento pilórico.

En presencia de este tipo de enfermos es necesario pensar ante todo en la posibilidad de un cáncer gástrico y tratar de confirmarlo o descartarlo con todos los medios a nuestro alcance.

Actualmente se emplean varios métodos de exploración gástrica de positivo valor, algunos de ellos como la biopsia gastroscópica y la biopsia exfoliativa o estudio de la citología gástrica en fase de desarrollo y perfeccionamiento. Con todos ellos se han obtenido resultados esperanzadores, pero entre todos el mejor estudiado es el método radiológico, cuyas imágenes fundamentales han sido maravillosamente sistematizadas por GUTTMANN, siendo ya innumerables los casos de diagnóstico de lesión cancerosa exclusivamente parietal ("diagnóstico precoz") que se han publicado, sobre todo en la literatura médica francesa.

En nuestras manos, este método ha dado resultados tan valiosos como los de los casos que exponemos a continuación:

Caso 1. Enfermo J. M. R., de cincuenta y dos años, casado, residente en Vigo.

Hace unos seis meses comenzó con dolor sordo en zona piloroduodenal, fijo, sin irradiaciones. Con la ingestión de alimentos desaparecía el dolor, pero aparecía sensación de inflamación epigástrica y de hartura "como si hubiera comido un pavo", según expresión del enfermo. Tanto el dolor como la sensación de plenitud desaparecían con la ingestión de bicarbonato. Estas mo-

lestias sucedían casi a diario, sin temporadas de mejoría. Poco apetito, desgana para el trabajo, ligera disminución de peso, inquietud, nerviosidad, tristeza e insomnio, inexplicables para el enfermo.

Exploración.—Nutrición deficiente, ligera palidez de tegumentos, facies ajada, triste. Faltan numerosas piezas dentarias. Abdomen, normal a la palpación. Hígado, normal.

Exámenes de laboratorio.—Hematies, 4.200.000. V. G., 0,9. Leucocitos, 11.000. Mielocitos, 0. Metamielocitos, 0. Cayados, 5. Segmentados, 60. Eosinófilos, 2. Basófilos, 0.



Fig. 2.—Caso 1. La misma imagen anterior.

Monocitos, 2. Linfocitos, 31. Velocidad de sedimentación globular, 1 mm. a la primera hora y 3 mm. a la segunda hora. Jugo gástrico con estímulo de histamina, hiperácido.

Rayos X.—Estómago de forma y tamaño normales. En la zona prepilórica se aprecia una imagen de rigidez y retracción o depresión, bajo el perfil gástrico normal, algo irregular, y disminución del calibre de dicha zona. Estas alteraciones son muy notorias en decúbito ventral, dando la imagen típica en "pan de azúcar" (figs. 1 y 2). Se le diagnostica de cáncer gástrico prepilórico y se ordena la intervención quirúrgica.

Operación (10-I-56) (doctor TRONCOSO PLÁ, de Vigo). Resección gástrica amplia. En la pieza resecada se aprecia una zona irregular del tamaño de un lenteja con la mucosa denudada a su nivel y sin rodete visible (fig. 3).

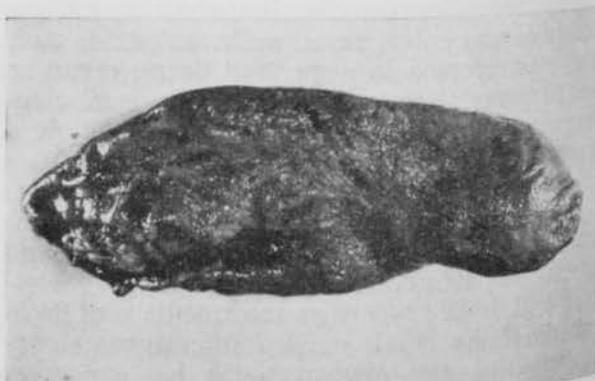


Fig. 3.—Caso 1. Pieza operatoria. Obsérvese el pequeño tamaño de la lesión cercana al piloro.

Examen histológico (doctor HUIDOBRO, de Vigo). — Lesión gástrica circular, del tamaño de una lenteja, con la mucosa denudada. En los cortes histológicos se aprecia una enorme infiltración de células de caracteres malignos muy acusados con intensas atipias, monstruosidades nucleares y frecuentes mitosis que invaden la mucosa y la submucosa por debajo de la ulceración sin alterar la muscular propia, de la que la separa una capa de células grasas submucosas indemnes. Adenocarcinoma. No existen alteraciones linfáticas de vecindad (figuras 4 y 5).

El enfermo se encuentra en la actualidad en perfecto estado.



Fig. 4.—Caso 1. Pequeño aumento. Obsérvese cómo la lesión se localiza en la mucosa respetando la capa grasa submucosa, que aparece indemne.

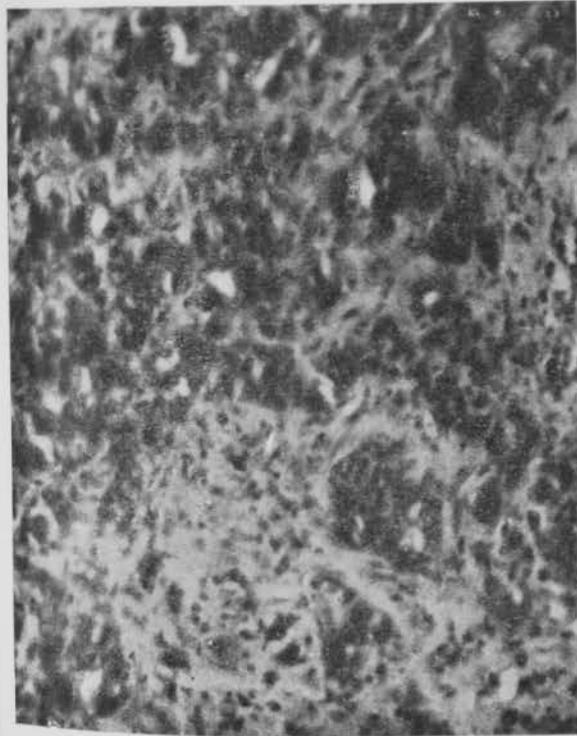


Fig. 5.—Caso 1. Imagen, a mediano aumento, de la misma zona, en la que se observa la gran infiltración de células con todos los caracteres de malignidad.

Caso 2. Enfermo J. C. B., de cuarenta y ocho años, natural y residente en Vigo. Fumador, no bebedor, niega venéreo.

Desde hace unos dos meses viene sintiendo disminución del apetito, nerviosidad y sensación angustiosa de falta de aire, "como si se me fuera la vida", según expresión del enfermo; tristeza. De vez en cuando tiene náuseas por la mañana en ayunas; ha perdido algo de peso. Sensación de digestiones perezosas a días. Desde

hace veinticuatro horas nota, al tocarse con los dedos, dolor en zona paraumbilical derecha, dándole la sensación de tener una herida profunda. No da más datos en el interrogatorio. Estremecimiento habitual.

Exploración.—Estado de nutrición bueno, buen color, pupilas normales, boca séptica con raigones infectados, saburra lingual. Cuello normal sin adenopatías, como tampoco en axilas. Tórax, normal. Corazón, normal. Tensión arterial, 13 cm. y 8 cm. de Hg., respectivamente. Abdomen normal a la exploración física con ligero dolor a la palpación de zona paraumbilical derecha. Hígado, normal. Reflejos exaltados.

Exámenes de laboratorio.—El examen de jugo gástrico revela una hipocloridria moderada con la prueba de histamina. Hematies, 4.500.000. V. G., 1. Velocidad de sedimentación globular, 2 mm. a la primera hora y 5 mm. a la segunda hora. Leucocitos, 8.800. Heces blandas, claras, de olor ácido y reacción también ácida. Microscópicamente se aprecian gran cantidad de células de patata intensamente tefidas en azul por el Lugol, granos de almidón intra y extracelulares. Huevos de áscaris. Sangre negativa.



Fig. 6.—Caso 2. Obsérvese la rigidez de la curvadura menor inmediatamente yuxtapilórica. Signo de "drape".

Rayos X.—Ligera dilatación gástrica por moderada estenosis e insuficiencia simultáneas de piloro. Pliegues completamente normales hasta la altura de antró pilórico, en que aparecen cortados por unas imágenes vegetantes de muy poco tamaño. En la curvadura menor inmediatamente yuxtapilórica aparece una imagen encadrada muy neta y en la curvadura opuesta un evidente signo de atracción, o "drape", de los autores franceses (figuras 6 y 7).

Con el diagnóstico de carcinoma gástrico se recomienda imperiosamente la intervención quirúrgica, que se realiza el 3 de marzo de 1957 (doctor DEVESPA, de Vigo). Durante la intervención, el cirujano apenas encuentra un ligero espesamiento yuxtapilórico, dudando mucho de la naturaleza maligna de la presunta lesión. El cirujano vacila y me interroga, rogándole yo que trate quirúrgicamente el caso como se si tratara de un cáncer avanzado. Al abrir la pieza resecada se encuentra una zona yuxtapilórica del tamaño de una moneda de 5 céntimos de aspecto vegetante, de muy escaso relieve, aterciopelada, dando la impresión macroscópica de un papiloma. En una zona extrema presentaba un li-

gero mamelón del tamaño de un guisante diminuto con una zona ulcerada en su parte central (fig. 8).

Examen histológico (doctor HUIDOBRO, de Vigo).—Estructuras de pared gástrica, en las que llama la atención la presencia de amplios engrosamientos de mucosa con formaciones poliposas constituidas por abundantes glándulas más o menos dilatadas que en las zonas bajas están revestidas de un epitelio cilíndrico moniestrificado hiperplásico y que en las zonas superficiales los revestimientos epiteliales son polimorfos y poli-

estratificados con abundantes atipias y monstruosidades nucleares con figuras de mitosis frecuentes. La submucosa es completamente normal con sus folículos linfoides normalmente constituidos y conservados. En los cortes a nivel de la zona ulcerada se aprecian amplias masas de células epiteliales de acentuada atipia y manifiesto crecimiento infiltrante con abundantes figuras de mitosis y algunas monstruosidades nucleares que adoptan una disposición glanduliforme separadas por tractos fibrosos.



Fig. 7.—Caso 2. La misma zona en otro momento del peristaltismo.



Fig. 10.—Caso 2. Panorámica microscópica, a pequeño aumento, de la zona de mucosa denudada, en la que se observa la enorme infiltración celular, que alcanza hasta la submucosa, que se conserva completamente indemne. La lesión tiene el espesor de un milímetro.

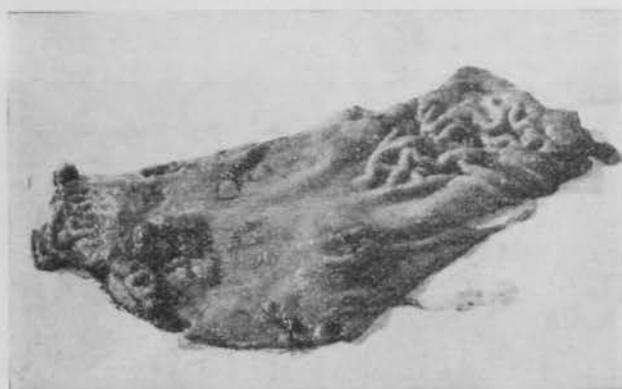


Fig. 8.—Caso 2. Pieza operatoria. Obsérvese, zona oscura, la lesión papilomatosa a que se hace referencia en el texto, así como la zona ulcerada.



Fig. 9.—Caso 2. Panorámica de la lesión, en la que se aprecia la zona papilomatosa con sus zonas de degeneración y la zona de mucosa malignizada.



Fig. 11.—Caso 2. Zona papilomatosa. Pequeño aumento.

digestiones lentas y dolor epigástrico tardío que frecuentemente comienza en hipocondrio izquierdo, irradiándose en forma de calambre hacia epigastrio, acompañándose frecuentemente de sensación de hambre, pero sin deseo de comer. Estos dolores ocurren también de madrugada, aliviando con la ingestión de alimentos. Todas estas molestias le han ocurrido a temporadas muy irregulares, que generalmente tenían relación con los tratamientos. Poco apetito. Disnea de esfuerzo, palpitations, cansancio. Ha perdido peso y color.

Exploración.—Regular estado de nutrición, dando la impresión de haber perdido de peso; palidez, aspecto de tristeza. Halitosis, piorrea, gingivitis, saburra lingual. No adenopatías en cuello, fosas supra, infraclaviculares ni axilares. Corazón: Refuerzo de segundo tono aórtico, soplo mitral de aspecto funcional. Setenta latidos por minuto. Tensión arterial, 17 cm. de Hg. y 8 cm. de Hg., respectivamente. Grueso paniculo abdominal. No se encuentran datos positivos dignos de mención en la exploración manual del abdomen. Hígado, normal.

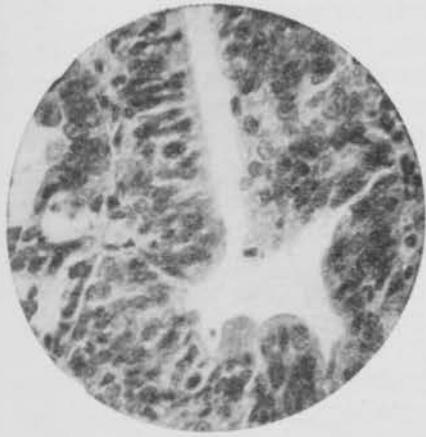


Fig. 12.—Caso 2. Mediano aumento. Zona papilomatosa. Obsérvese la alteración estructural del epitelio poliestratificado con atipias celulares y monstruosidades nucleares muy acusadas.

Exámenes de laboratorio.—Hematies, 4.650.000. V. G., 0.90. Leucocitos, 6.200. Velocidad de sedimentación globular, 5 y 12 mm., respectivamente, a la primera y segunda hora. Orina, normal.

Exploración radiológica (6-VII-56).—Estómago hipertónico de tamaño normal. Pliegues normales, evacuación acelerada. En tercio superior de curvadura mayor se aprecia una zona rígida encajada por debajo del nivel normal de la curvadura. Se le recomienda la intervención quirúrgica, pero el enfermo, insistiendo en some-

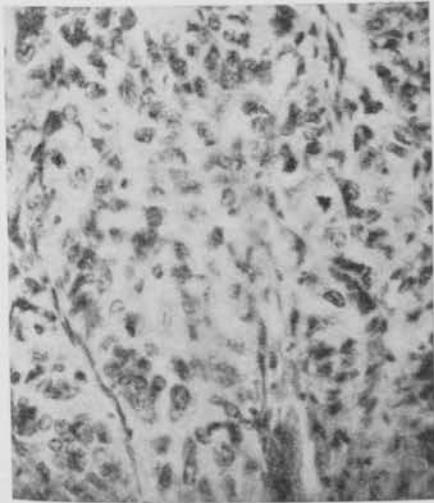


Fig. 13.—Caso 2. Mediano aumento. Gran infiltración de células de aspecto muy maligno en la mucosa subyacente a la zona ulcerada.

terse a tratamiento médico, no vuelve hasta el cabo de tres meses, al cabo de los cuales aparece con aspecto turbador, palidez y mala cara. La exploración manual es tan anodina como en la consulta anterior. La velocidad de sedimentación se ha acelerado moderadamente hasta la cifra de 20 mm. a la primera hora y 40 mm. a la segunda hora. La orina sigue sin urobilina.

La nueva exploración radiológica acusa la presencia

de la misma imagen anterior en forma encajada con la aparición de un nicho, teniendo el conjunto la forma típica del nicho encajado (fig. 15).

Se le recomienda la intervención quirúrgica, y dada la situación alta en la curvadura mayor se aconseja resección total por vía toracoabdominal con esplenectomía y resección de segmento cardial de esófago con objeto de no dejar posibles restos linfangíticos.

Operación (29-X-56).—Gastrectomía amplia. Al abrir la pieza se encuentra en curvadura mayor, en su tercio



Fig. 14.—Caso 2. La misma zona observada a gran aumento. Se aprecia el polimorfismo nuclear con atipias y monstruosidades. Mitosis.

superior, una zona del tamaño de una moneda de 2 pesetas, denudada, con eflorescencias vegetantes en forma de reborde que la separaba del resto de la mucosa sana. La mucosa se encuentra denudada. El conjunto



Fig. 15.—Caso 3. Obsérvese la imagen de nicho encajado en el tercio superior de la curvadura mayor.

tiene un aspecto maligno indudable (fig. 16, en la que se aprecia cómo el corte de la resección pasa lindando con la zona patológica interesándola en parte).

Examen histológico (doctor HIDOBRO, de Vigo). —Adenocarcinoma. Por indicación nuestra, el anatómopatólogo realiza cortes en la zona de sección quirúrgica, observándose signos indudables de malignidad.

Sobre este caso haremos un comentario especial.



Fig. 16.—Caso 2. Pieza operatoria. La lesión ulcerada se observa en la curvadura mayor, lindando con el borde de la sección quirúrgica.

Los dos primeros casos constituyen dos ejemplos de diagnósticos afortunados de cáncer gástrico en su forma de "chancro inicial", cuando la lesión únicamente afecta a la capa mucosa y en una zona de muy poca extensión. En ambos casos la lesión es de unos pocos milímetros de extensión y *de uno a dos milímetros de profundidad o espesor*. Se trata de auténticos diagnósticos de cáncer en el sentido del llamado diagnóstico precoz, siendo de esperar que se haya logrado la curación completa con el tratamiento quirúrgico.

El tercer enfermo constituye el ejemplo de caso desgraciado en el que un error quirúrgico, al resecar por los bordes de la lesión, hace inservible, dada la localización del cáncer, un auténtico caso de diagnóstico precoz (de tipo ya linfangítico). En este caso, dado el pequeño tamaño de la lesión y su óptima localización en la porción alta de la curvadura mayor, zona con escasas comunicaciones linfáticas y pequeño número de colectores linfáticos que caminan por mesos muy asequibles quirúrgicamente y fácilmente extirpables en bloque, el pronóstico era muy favorable.

Aquí surge el problema fundamental del tratamiento quirúrgico de estos casos de cáncer gástrico con repercusión linfática muy limitada, pero evidente. Para su resolución hemos de considerar, en principio, al enfermo de cáncer gástrico como caso perdido y, por tanto, mientras existan las más mínimas probabilidades de supervivencia peroperatoria, están justificados los métodos más audaces de vaciado epigástrico.

En este caso que nos ocupa, únicamente la gastrectomía total con resección de polo inferior de esófago y la esplenectomía obligada con la extracción en bloque del meso gastroesplénico y del gastroepiploico, llenos de filtros linfáticos, hubiera cambiado el pronóstico y hubiese hecho bueno el diagnóstico auténticamente temprano.

RESUMEN.

El autor divide la evolución del cáncer gástrico en tres períodos esencialmente: el de locali-

lización estrictamente mucosa del agente causal, que se desarrolla alrededor de su foco inicial sin romper las barreras defensivas naturales (musculares propias); el de *infiltración linfática*, en el que el agente causal, rompiendo las barreras defensivas, alcanza los linfáticos canaliculares, y el de *generalización o período humorar*, en el que el agente causal alcanza el torrente circulatorio y origina las metástasis a distancia (*carcinomatosis*).

De entre todos ellos separa con la denominación de *cáncer gástrico* el primer período, es decir, la lesión estrictamente localizada a la mucosa gástrica: el "chancro inicial".

Aun reconociendo el artificio de esta separación, el autor lo considera necesario por su diferencia esencial en su pronóstico y en su tratamiento: el uno, cáncer gástrico, como lesión únicamente localizada en mucosa gástrica, es perfectamente curable con las técnicas quirúrgicas habituales, mientras que en la carcinomatosis el tratamiento quirúrgico es completamente desalentador, siendo su único remedio la administración de morfina.

Presenta algunos casos de su casuística privada de lesión estrictamente localizada a la mucosa gástrica.

RETICULOMA TUBERCULOSO

J. M. MARTÍNEZ PEÑUELA.

Jefe del Laboratorio del Hospital Civil.
Institución Príncipe de Viana.
Pamplona.

Se ignora en una gran parte la etiología de los linfomas y su clasificación se hace con arreglo a normas puramente histológicas. Hace siete años tuvimos ocasión de estudiar un caso de cierta rareza, y el hecho de no haber encontrado en todo este tiempo ninguna referencia de enfermos semejantes nos inclina a la publicación, pensando que se presta a algunas consideraciones de interés.

M. E., de treinta años de edad, casado, natural de Tafalla y vecino de Obanos. Acude a la consulta al año de haberse iniciado la enfermedad, ingresando el 20 de diciembre de 1948. Comenzó con una orquiepididimitis del lado izquierdo, que fué intervenida en el hospital, diagnosticándose clínicamente de naturaleza tuberculosa. Una vez dado de alta, trabaja como peón durante tres meses, notando falta de apetito y pérdida de peso, al mismo tiempo que unas molestias en la parte alta de la faringe que le aparecen constantemente al deglutir. Simultáneamente se apercibe de una tumoración pequeña y dura en la región supraclavicular izquierda, por lo que acude al médico, que le diagnostica de insuficiencia hepática y le aconseja cambie de trabajo, ya que estaba empleado en una fundición de plomo. Vuelve a su residencia habitual, donde, con un régimen suave, mejora