

TECNICA DE RECOGIDA DE CELULAS EN EL TRAMO ESOFAGO-GASTRICO POR UN NUEVO METODO DE ABRASION Y ARRASTRE CELULAR (*)

A. RUIZ MARTÍNEZ.

Vigo.

Los métodos de abrasión y arrastre celular para lograr elementos citológicos adecuados constituye, en el campo de la citología exfoliativa, la aportación más útil lograda en estos últimos tiempos al objeto de obtener diagnósti-

nidad antes de que la endoscopia y la radiología puedan atestiguar su existencia.

Aprovechando la característica especial de toda tumoración de desprenderse de sus elementos celulares, se ha tratado de hacerse con ellos en buenas condiciones de identificación, en la seguridad de contar de esta manera con una pista segura capaz de identificar la presencia del proceso.

El mundo médico que investiga orienta sus trabajos en este sentido, sucediéndose las publicaciones que nos permiten aportar más y más datos en favor de diagnósticos precoces, basándose en el examen citológico, llegando a determinarse que si en el cáncer uterino estos ha-

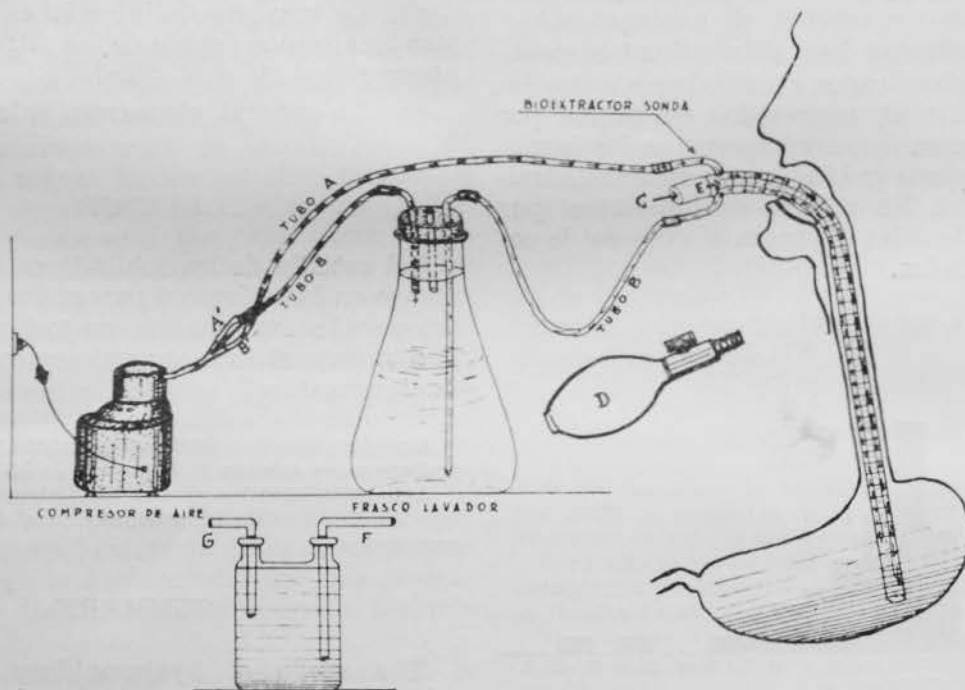


Fig. 1.

ESQUEMA A QUE SE HACE REFERENCIA EN EL TEXTO

Por el tubo B se inyecta aire en el frasco lavador que, actuando sobre solución abrasiva, la hace progresar por el tubo B a través de la sonda E, produciendo repleción y arrastre. La acción del aire por el tubo A provoca remoción, abrasión y arrastre por retorno de las células exfoliadas. El bulbo D, conectado al extremo C de la sonda, está destinado a lograr agitación y remoción al máximo.

El frasco de dos bocas complementa la acción de arrastre produciendo irrigación si se conecta a una fuente de producción de aire y aspiración conectando el extremo F al orificio central de la sonda C y todo el sistema a una trompa de vacío aspirador.

cos precoces, y con ello tratamiento a tiempo, que puede mejorar grandemente los resultados de la lucha anticancerosa.

Se está tratando de recuperar el tiempo perdido desde que a principios de siglo, cuando apenas iniciados los estudios de arrastres celulares, se abandonaron para dar paso a métodos endoscópicos y radiológicos a los que se les atribuyó gran valor diagnóstico.

A la larga de estos cincuenta años nos hemos podido dar cuenta que es preciso contar con elementos más precisos que nos permitan sorprender la evolución de un epitelio hacia la maligni-

lazgos precoces son muy altos, por lo que respecta al tramo esófago-gástrico no son lo que habría de desearse, debido al hecho de que los elementos a considerar por el histopatólogo no se logran en buenas condiciones.

En líneas generales, los métodos de abrasión y obtención celular en el tramo esófago-gástrico están representados por dos tendencias. Los que utilizan la fricción o acción de un vástago que por dispositivo especial, o acción de contacto con la incipiente tumoración, tratan de desprender los elementos a considerar para estudio, y los que encomiendan a la irrigación, agitación, lavado y recuperación posterior el efecto mecánico de abrasión y arrastre.

(*) Comunicación al Internationales Symposium uber Klinische Citodiagnostik (Erlangen, 1, 2 y 3. Marzo 1957).

Encontrándonos de acuerdo con esta forma de actuar, hemos tratado de producir un método sencillo al alcance de cualquier profesional

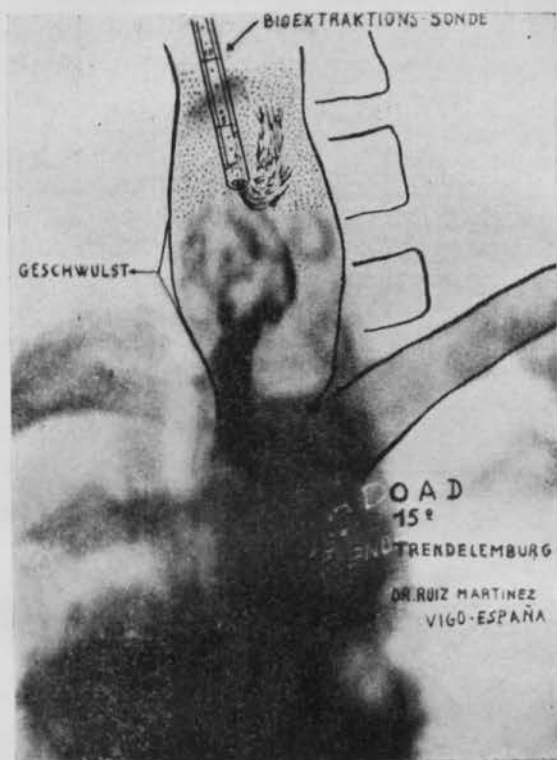


Fig. 2.—Situación de una tumoración esofágica. Método de acción de la sonda y arrastres logrados para su consideración citológica.

no especializado, pensando que sólo el factor suerte puede influir para que un relieve insignificante, que por lo que respecta al estómago sería el que habría que considerar en las tumoraciones incipientes, para que un dispositivo abrasivo a base de fricción, fuese cualquiera el que fuese su medio de acción, pudiera alcanzarle.

Hemos pensado que, para hacernos con elementos de esa incipiente tumoración, debemos actuar exactamente como si tratásemos de desprender de un recipiente opaco cualquier incrustación de sus paredes, es decir, replecionar

por irrigación, agitar de forma que ninguna pared del mismo pueda escapar a esta acción de remoción para, finalmente, recuperar los líquidos introducidos y considerarlos a los efectos del hallazgo de células sospechosas.

Venimos, pues, trabajando desde el año 1954^{1, 2, 3} con una técnica fundada en estos principios, mediante la cual hemos dirigido la acción a conseguir una acción rápida de abrasión, con recuperación inmediata de líquidos, al objeto de eliminar la barrera mucosa, tan abundante cuando se utilizan elementos de fricción prolongada, y con objeto de evitar la citólisis por la acción del jugo gástrico, acciones repetidas de acción y recuperación inmediata que eviten permanencias largas, invalidando de esta forma la acción enzimática de los fermentos digestivos.

Al esquema adjunto (fig. 1) encomendamos la labor de informar a ustedes de cómo actúa el dispositivo que, utilizando una sonda, cuyas dimensiones corresponden al clásico tubo de Faucher, a cuyo uso están habituados pacientes y médicos no especializados, lo que nos permite un fácil manejo preciso para llegar a generalizar la práctica del método y obtener numerosas tomas, que creará un servicio de elementos normales, hallados en el retorno de líquidos de lavado esófago-gástrico para que, una vez conocida la citología normal, poder saber a ciencia cierta dónde comienza lo anormal.

El dispositivo a que hacemos referencia realiza, mediante un tubo que corre a lo largo de su pared, y termina a distancia conveniente del final de la sonda, una acción abrasiva por impacto de corriente de aire, producida por un generador-compresor. Este mismo aire, al retornar, impele los líquidos a través de la misma y, con ellos, los elementos celulares exfoliados por la irrigación de líquidos (solución de Ringer o salina fisiológica) impelidos desde el frasco lavador por un segundo tubo, que insertado en el lado contralateral del anterior se lanzan a través de las paredes esófago-gástricas al objeto de replecionar el estómago y estimular la condición que se estima específica de la célula maligna.

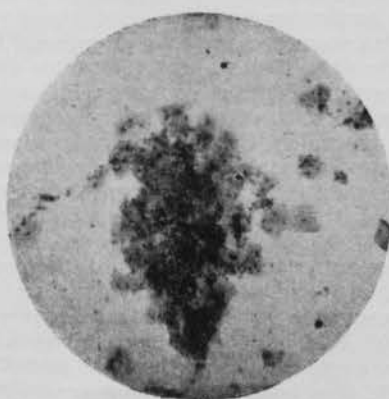


Fig. 3.—Grupos de células atípicas con núcleos desiguales e irregulares.

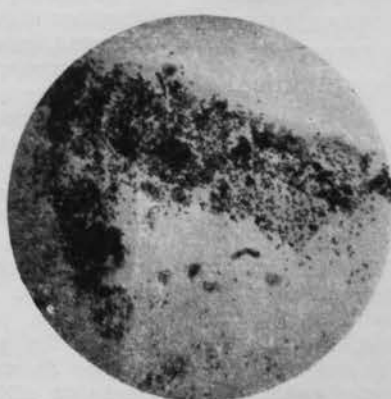


Fig. 4.—Células epiteliales en avanzada cornificación.

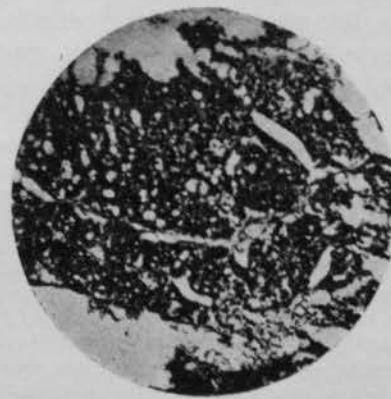


Fig. 5.—Neoformación epitelial procedente de epitelio pavimentoso. Epitelio vaso-celular.

na de desprenderse de la trama que la sustenta.

Un sistema de agitación, mediante inyección de aire con un bulbo inyector D, conectado en el extremo C de la sonda, según se señala en el esquema o introducción de líquidos a presión para recuperarlos por conexión del dispositivo F-G, conectado alternativamente a un inyector o aspirador de aire, complementan la acción de remoción y abrasión que tratamos de lograr por este método.

RESUMEN.

Se muestra un dispositivo propio para obtener células del tramo esófago-gástrico, así como los resultados obtenidos.

BIBLIOGRAFIA

1. RUIZ, A.—Rev. Esp. Ap. Dig., 14, 593, 1955.
2. Comunicación presentada al V Congreso Panamericano de Gastroenterología celebrado en La Habana (1956).
3. Rev. Esp. Ap. Dig., 16, 601, 1956.

SUMMARY

An original device for the collection of cells from the esophago-gastric tract and the results obtained with it are described.

ZUSAMMENFASSUNG

Es wird eine eigene Vorrichtung zur Erzielung von Zellen der Speiseröhre und des Magenkanals vorgeführt und die Ergebnisse mit derselben besprochen.

RÉSUMÉ

Présentation d'un dispositif propre pour obtenir des cellules du tube œsophagogastrique ainsi que les résultats obtenus.

NOTAS CLINICAS

LEUCOSARCOMATOSIS

J. M. MARTÍNEZ PEÑUELA y J. L. LIZAUZ GOMENDIO.

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

En un trabajo publicado en esta misma Revista, en el número del 31 de octubre de 1955, presentamos un caso de leucosarcomatosis, haciendo unas consideraciones acerca de la posible identidad entre linfosarcoma, leucosarcomatosis y leucemia aguda linfoide. El haber tenido ocasión de estudiar un enfermo que refuerza los puntos de vista entonces expuestos, nos impulsa a su publicación, dada la rareza de estas observaciones y la variedad de su clínica.

M. M., de treinta y cuatro años de edad, natural de Marcilla (Navarra), casado.

Antecedentes familiares.—Los padres, cuatro hermanos y una hija viven sanos.

Antecedentes personales.—Nunca ha estado enfermo.

Historia de la enfermedad actual.—El 11 de diciembre de 1956 comenzó a notar que se le hinchaban el cuello y la cara, siendo más manifiesto el fenómeno por las mañanas, y desapareciendo por las tardes. Simultáneamente, en el costado izquierdo, aparece un dolor no muy intenso, que no se irradia, sin relación con el esfuerzo, y que le desaparece espontáneamente. Dicho dolor le aquejaba cada ocho días y le duraba poco rato. También hizo su aparición una disnea de esfuerzo que él describe como sofoco.

En enero de 1957 tuvo, durante dos días, diarrea acuosa con manchas de sangre roja y cuatro o cinco deposiciones por la noche exclusivamente. No tuvo fiebre. El dolor de costado y la hinchazón fueron en aumento. El 15 de marzo de 1957 ingresa en nuestro Servicio después de haber mejorado mucho con unas sesiones de radioterapia. Sigue apareciendo un poco hinchada la cara por las mañanas y la voz es afónica. Se queja de molestias al tragar, así como de sensación de pesadez en la región frontal. Ha perdido mucha agudeza de oído y respira por la nariz con mucha dificultad. Poliuria y nicturia (dos a tres veces), siendo la orina clara. Tiene buen apetito y bebe mucha agua.

En la exploración presenta tipo atlético, con buen estado de nutrición e intensa palidez mate. La cara está hinchada hasta desaparecer los pliegues de los ángulos palpebrales y la conjuntiva está subictérica. En el cuello se palpan variadas adenopatías del tamaño de nueces, adheridas a planos profundos y no a la piel, duras y no dolorosas, localizadas en ambas cadenas yugulares. Disnea de reposo y tos seca. Estertores crepitantes en la base izquierda. Corazón de límites normales, latiendo la punta en quinto espacio, a la altura de la línea mamilar, y siendo los tonos normales. Ciento cuarenta pulsaciones rítmicas, y tensión arterial, 13 y 8. Una radiografía de tórax muestra un mediastino enormemente ensanchado y con sombra muy densa, estando el parénquima pulmonar normal (fig. 1). Un examen de fondo de ojo (doctor AMAT) pone de manifiesto una retinopatía hemorrágica de tipo leucémico (fig. 2). Los diversos análisis practicados van reseñados en los cuadros correspondientes. La punción esternal proporciona abundantes grumos de médula cuya estructura es casi exclusivamente de células de tipo leucoblástico con reacción de oxidasa negativa. Solamente se encuentran algunos leucocitos polinucleares neutrófilos y algunos normoblastos (figs. 3 y 4). En sangre periférica, el 100 por 100 de las células son leucoblastos (figs. 5 y 6).