

El diagnóstico del cáncer del estómago

GUIDO BELSASSO*
MANUEL QUIJANO N.*

LA MAGNITUD del problema del cáncer del estómago en nuestro país es de una importancia nada despreciable, ya que ocupa el primer lugar entre los tumores malignos del aparato digestivo y el tercer lugar entre todos los cánceres. En instituciones especializadas como lo es el Hospital de Enfermedades de la Nutrición, se observa que uno de cada 100 enfermos que acude a la consulta padece cáncer gástrico. Por otra parte, es sumamente importante que todos los médicos practicantes estén penetrados de la magnitud de éste problema en México porque, como veremos más adelante, el pronóstico del padecimiento depende en gran parte de la oportunidad del diagnóstico.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

De acuerdo con una revisión reciente de 315 casos de cáncer del estómago estudiados en el Hospital de Enfermedades de la Nutrición en el curso de 12 años de trabajo, los síntomas predominantes fueron los siguientes:

Dolor. El síntoma dolor es el más frecuente y se presenta hasta en el 90 por ciento de los casos; generalmente se localiza en la parte superior del abdomen, epigastrio o cuadrante superior izquierdo y, muy rara vez, en el dorso y en otras localizaciones.

La irradiación no es frecuente y cuando ocurre es hacia atrás. La magnitud es variable, de ligera a intensa. No hay una relación definida con la ingestión de alimentos ya que mientras algunos enfermos mejoran, en otros el síntoma se agudiza después de comer.

En algunos casos el dolor presenta características de ritmo y periodicidad enteramente comparables a los que se observan en la úlcera pép-

* Hospital de Enfermedades de la Nutrición, México, D. F.

tica gastroduodenal, aunque esto es más bien raro; es interesante consignar que, de estos casos, cuando la sintomatología es suficientemente larga, hay una pérdida gradual de la periodicidad.

En general, la mayor parte de los casos acusan un tipo de dolor que no se semeja a ningún otro padecimiento especial y apenas permite la sospecha de origen gástrico.

Vómito. Se presenta en aproximadamente las dos terceras partes de los pacientes y solo en la quinta parte tiene caracteres de retención. Un hecho curioso es que prácticamente todos los enfermos cuya neoplasia es de situación alta, en el fórnix, tienen vómitos en alguna época de su evolución. Por otra parte hay casos de lesión antral o de carcinoma invasor de casi todo el estómago en que no hay vómitos o éstos son escasos o raros.

No obstante, en la mayor parte de los casos la existencia de vómitos de cierta importancia acompaña las neoplasias con capacidad de producir obstrucción. El hecho de que un paciente con carcinoma gástrico no presente vómitos de ninguna manera excluye la posibilidad de que tenga una tumoración y solamente indica que ésta aún no produce obstrucción.

Síntomas dispépticos. Dentro de éste término se engloban aquellas molestias como son pirosis, acedías, náuseas y eructos. Algunos pacientes se quejan en ocasiones de síntomas dispépticos y en otras de dolor, indicando probablemente que son grados diferentes de respuesta a un mismo estímulo.

En un buen número de pacientes la sensación de plenitud post-prandial inmediata es un síntoma notable.

Anorexia. En la literatura se señala éste dato como importante. En la serie de 315 casos revisados por nosotros se encontró alteración de algún tipo en el apetito en prácticamente la totalidad de los casos, pero estas fueron de magnitud digna de consignarse solamente en un poco más de la mitad de los casos.

Fenómenos hemorrágicos. Son síntomas frecuentes de patología gástrica y se presentan en forma de hematemesis o melena, en aproximadamente la tercera parte de los casos.

En el 13 por ciento de los pacientes del Hospital de Enfermedades de la Nutrición la hemorragia fué tan copiosa, al grado de causar anemia aguda.

Es interesante notar que un número mucho mayor de pacientes sangran en forma mínima, que solo es perceptible al buscar sangre oculta en heces, como ocurrió en más de la mitad de nuestros casos.

Exploración física. La exploración física es habitualmente de poca ayuda en el diagnóstico temprano del carcinoma del estómago ya que los hallazgos más frecuentes se refieren al ataque al estado general, anemia, masa palpable en el epigastrio y metástasis ganglionares.

El hecho mismo de que sea posible palpar un tumor en epigastrio indica que su grado de desarrollo es muy avanzado, pero esto no quiere decir que forzosamente será inextirpable. En efecto, hemos visto un cierto número de casos con masa palpable epigástrica en que se pudo hacer resección gástrica y de los ganglios regionales, sin grandes dificultades.

Las metástasis que con mayor frecuencia son observables clínicamente son a ganglios de las regiones supraclaviculares, al fondo de saco de Douglas y al hígado, manifestándose entonces éste órgano como nodular e irregular.

EXÁMENES DE LABORATORIO Y GABINETE

Los exámenes de laboratorio que brindan mayor utilidad en el diagnóstico son la citología hemática incluyendo la sedimentación globular, el análisis del jugo gástrico, las proteínas plasmáticas y la búsqueda de sangre oculta en materia fecal.

Biometría hemática. En el 80 por ciento de los casos con cáncer del estómago, se encuentra anemia de algún tipo. En tres de cada cinco enfermos con anemia, ésta es de tipo normocítico, normocrómico y en el resto de tipo hipocrómico. En el grupo de casos revisados por nosotros en el Hospital de Enfermedades de la Nutrición, se observó que solo el 17 por ciento de los pacientes con anemia hipocrómica importante —anemia que denota fundamentalmente sangrado crónico—, pudieron ser sometidos a una intervención potencialmente curativa, mientras que la proporción de casos con anemia de otro tipo en los que se pudo hacer esa misma intervención fue mucho mayor. Podemos considerar, por lo tanto, que la anemia hipocrómica acentuada puede ser un dato de importancia en el pronóstico.

Jugo gástrico. Es un estudio útil ya que si tomamos en cuenta la acidez libre y utilizando como estimulantes tanto la histamina como la comida de prueba, prácticamente la totalidad de los casos tienen resultados anormales.

La de sangre en el jugo gástrico, es de poca ayuda, a menos de que sea muy abundante, ya que el traumatismo mismo de la sonda sobre el esófago o el estómago puede explicar su presencia.

Proteínas plasmáticas. La hipoproteinemia es útil solamente como pronóstico ya que se ha observado que las complicaciones del tipo de las dehiscencias, evisceraciones y peritonitis son más frecuentes en individuos con esta alteración plasmática.

Sangre oculta en heces. Solo tiene valor, como signo de sangrado, si se sigue la siguiente indicación: suprimir la carne de la dieta cuando menos tres días antes de la investigación.

ESTUDIOS ENDOSCÓPICOS

Estos son de gran utilidad en el diagnóstico y pronóstico del cáncer del estómago. Los que indudablemente tienen mayor aplicación son la gastroscopía y la peritoneoscopia.

Gastroscopía. Tiene como limitaciones importantes, el hecho de que en cierto número de casos no es posible ver la lesión, por encontrarse en zonas inaccesibles al gastroscopio; este sucede en el 25 por ciento de los pacientes aproximadamente; y en segundo término que el estudio como se comprende debe ser efectuado por un especialista.

El estudio gastroscópico debe seguir siempre al radiológico al cual complementa pero jamás substituye. Según la experiencia de algunos autores cuando el endoscopista puede visualizar correctamente una lesión, tiene más probabilidades de acertar el diagnóstico que el radiólogo; pero la reunión de los datos obtenidos por ambos especialistas, aumenta la posibilidad de llegar a un diagnóstico seguro.

En la mayoría de los casos en que puede verse la lesión, los datos gastroscópicos son suficientemente precisos para fundar el diagnóstico; sin embargo, hay ocasiones en que resulta imposible definir la naturaleza benigna o maligna de la úlcera por la sola inspección. En tales casos la toma de un fragmento para examen histopatológico utilizando el gastroscopio operatorio, puede resolver el problema, sin olvidar que, aún cuando el resultado positivo es concluyente, el negativo no excluye en definitiva la posibilidad de un carcinoma.

Peritoneoscopia. Tiene su mayor utilidad en la determinación de operabilidad o inoperabilidad de los casos en que está bien establecido el diagnóstico, para evitar al enfermo el riesgo innecesario de la laparotomía exploradora, que, aún en las mejores manos, se acompaña de una morbilidad y mortalidad no despreciable.

En una serie de casos del Hospital de Enfermedades de la Nutrición

en que se practicó peritoneoscopia se encontraron datos de inoperabilidad tales como metástasis hepáticas, a epiplones y peritoneo en el 39 por ciento de los casos.

Como se puede apreciar el procedimiento es útil en cierto número de casos y dada su inocuidad y la rapidez de su ejecución creemos que debe ser más comúnmente utilizado. Nuestra costumbre es realizarla inmediata antes de la intervención ya programada.

Los otros procedimientos endoscópicos, la broncoscopia y esofagoscopia tienen utilidad el primero, como coadyuvante en el diagnóstico de inoperabilidad y, el segundo, para demostrar lesiones que invaden el esófago, como el carcinoma del fundus.

OTROS MEDIOS DIAGNÓSTICOS

Estudio citológico. Fue descrito por Papanicolau y Cooper en 1947. Más tarde se ha mejorado utilizando técnicas más complicadas y abrasivas mecánicamente o con enzimas como la tripsina, que parecen incrementar su eficacia.

Aún existen grandes controversias acerca de la utilidad del método, mientras algunos autores con gran experiencia conceden al método un 100 cien por ciento de aciertos, otro grupo de investigadores, de seriedad reconocida, afirman que el método aun no ha producido los resultados deseados.

Electrogastrograma. Es un método que aún se encuentra en fase experimental. Fue descrito por Goddman en 1942 y se basa en el registro de potencial entre la mucosa del estómago y la piel. Tiene una utilidad limitada en los problemas diagnósticos.

ESTUDIO RADIOLÓGICO

El examen radiológico es el método de estudio más importante en el diagnóstico del cáncer gástrico.

En manos competentes el diagnóstico puede ser hecho en un 80 a 90 por ciento de los casos con carcinoma demostrado quirúrgica o anatomopatológicamente. La experiencia del Hospital de Enfermedades de la Nutrición, como se verá más adelante, coincide en términos generales con la de otros autores.

Sin embargo, existe un porcentaje importante de pacientes con carcinoma gástrico que escapan al diagnóstico y ésto por lo general es debido a que el tamaño de la lesión es pequeño, y por lo tanto, el grado de al-

teración radiológica que ofrece es mínimo y, en ocasiones nulo. Parte de este grupo de cánceres gástricos no diagnosticados radiológicamente se debe también, desde luego, a errores de interpretación y a técnica radiológica deficiente.

Si bien es cierto que la búsqueda de carcinoma gástrico de una manera rutinaria en grandes grupos de población es en la actualidad poco práctica, todo enfermo adulto con sintomatología gastrointestinal, por vaga que ésta parezca, sobre todo si es de reciente aparición, debe recibir el beneficio de un examen radiológico de estómago.

El estudio radiográfico debe comprender: la telerradiografía de tórax, la placa simple de abdomen y la serie gastroduodenal; esta última siempre bajo control fluoroscópico y tomando placas al acecho y con "bucky", en tantas incidencias como sea necesario. El uso del doble medio de contraste (gas-bario) tiene una de sus principales aplicaciones en el estudio del carcinoma gástrico, sobre todo en presencia de neoplasias de tipo vegetante y de situación alta.

Las manifestaciones radiológicas del carcinoma del estómago son las siguientes:

DEFECTO DE LLENADO

Lo produce una masa tumoral, que al hacer saliente sobre la luz del órgano, impide la impregnación de la pared con la papilla baritada. En ocasiones el bario se impregna sobre la superficie del tumor y dibuja la silueta, obteniéndose imágenes de diferente densidad, que señalan la presencia del tumor.

ALTERACIONES EN EL CONTORNO DEL ÓRGANO:

Estenosis. La presencia de una neoplasia de tipo infiltrante da lugar a estenosis de diversos tipos, de localización variable.

Una masa tumoral puede producir estenosis del cardias, piloro o región mesogástrica, si obstruye suficientemente la luz del estómago.

Rigidez. Se presenta en los tumores que infiltran las paredes del estómago. En la "linitis plástica" se observa al máximo esa rigidez e inextensibilidad del estómago debidos a la misma infiltración tumoral.

Úlcera. La forma ulcerosa se traduce por un nicho, en el cual el diagnóstico diferencial entre una lesión benigna y otra maligna es sumamente difícil.

Los aspectos radiológicos que ayudan a precisar el carácter benigno o maligno de una ulceración son los siguientes:

1. Sitio y tamaño del nicho ulceroso. Clásicamente se ha dicho que el carcinoma ulcerado predomina en el antro y en la gran curvatura y frecuentemente mide más de dos cm. de diámetro. Esto no excluye que una lesión maligna se encuentre en otra ubicación y no es raro que nichos pequeños sean cancerosos. Es más, la opinión actual de algunos radiólogos, es de que la mayor parte de las úlceras muy grandes, de 4 a 5 cm., son benignas.

2. Forma y aspecto del nicho. Los nichos neoplásicos pueden presentarse en cualquiera de las siguientes formas, en cuyos casos tienen mayor diagnóstico:

a) En meseta y encajado. El nicho en meseta representa una ulceración plana, con una base de implantación ancha, poco profunda y excavada en una zona rígida.

La zona infiltrada vecina y el nicho pueden hacer saliente sobre el perfil gástrico pero es más común y característico que se encuentre incluido dentro de él, en cuyo caso se denomina "nicho encajado o encastrado".

b) Nicho de Carman. Se caracteriza por el halo claro y ancho que se encuentra rodeando al cráter. El halo tiene la forma de "cuarto menguante", cuya concavidad puede hallarse dirigida hacia la luz o la pared del estómago o bien rodeando al nicho. Esta zona clara se debe precisamente a la inflamación e infiltración neoplásica alrededor de la úlcera que impide la correcta impregnación por el bario. En cambio, un pequeño menisco, regular, uniforme y de bordes paralelos, situado en la base misma del nicho, es característica de una lesión de naturaleza benigna.

c) Nicho triangular. Este tiene una ancha base de implantación sobre la pared del estómago y el vértice dirigido hacia afuera.

Esta morfología se explica por la rigidez existente en la pared del propio cráter.

Con relación al aspecto del nicho, cabe mencionar la irregularidad de su contorno en el carcinoma. Aún cuando se ha dado gran importancia a éste dato, en la práctica su valor es relativo, pues las irregularidades pueden ser debidas a coágulos o restos alimenticios adheridos al fondo de una lesión benigna.

3. Imagen de las estructuras que rodean al nicho. Las alteraciones de la superficie mucosa y la pared del estómago pueden reducirse a dos:

—Cambio en el relieve de la mucosa.

—Rigidez de la pared.

Un relieve mucoso irregular, con pliegues gruesos y pequeños defectos de llenado sugiere fuertemente la infiltración carcinomatosa. Lo mismo pueden decirse de la rigidez parietal.

Es importante tener en cuenta que una reacción inflamatoria aguda o crónica alrededor de una lesión benigna, es capaz de semejar éstos datos, pero a pesar de esto, conservan su valor como signos de probable lesión maligna.

El dato de convergencia de los pliegues mucosos hacia el cráter ulceroso, es observable tanto en lesiones benignas como malignas.

No obstante, con mucha frecuencia éste dato de la convergencia de los pliegues ayuda en el diagnóstico diferencial, cuando se ven claramente que llegan hasta muy cerca del nicho mismo; este hallazgo, casi permite con seguridad establecer la naturaleza benigna de la úlcera.

4. Evolución de las lesiones bajo influencia del tratamiento. Un último criterio, es muy útil y al que se tiene que recurrir con gran frecuencia, es la comparación de dos estudios radiológicos practicados en un intervalo de dos a tres semanas, tiempo en el cual el enfermo es sometido a tratamiento antiulceroso muy estricto, con reposo en cama, y, si se puede, hospitalizado. En ese tiempo cuando la naturaleza de la lesión es benigna, el nicho y las deformaciones periulcerosas, deben prácticamente desaparecer. En cambio, cuando la mejoría radiológica no existe, o es ligera, el diagnóstico más probable es de cáncer ulcerado.

ALTERACIONES DINÁMICAS:

La entrada o salida anormales del bario en el estómago así como el tránsito anormal de la columna baritada a través del órgano, deben siempre valorarse con cuidado, ya que fácilmente pueden ser debidas tanto a la existencia de la lesión orgánica de tipo neoplásico, como a trastornos funcionales que acompañan a una lesión benigna e inclusive a alteraciones puramente funcionales.

Conclusión. Por medio del estudio radiológico se puede establecer el diagnóstico en la mayor parte de los casos. No obstante hay que hacer notar que este método no es infalible y que en algunos casos en que se consignan hallazgos negativos o datos variables de cualquier tipo de pa-

tología gástrica benigna, en la intervención quirúrgica puede encontrarse un carcinoma. Así mismo en algunos pacientes son necesarios un segundo o tercer estudio para hacer el diagnóstico.

Como se ve el estudio radiológico es el mejor método de diagnóstico temprano en el cáncer del estómago. Sin embargo, como cualquier otro método diagnóstico en medicina tiene factores de error y falla en un pequeño por ciento de casos. Por otra parte también en un pequeño por ciento de casos el diagnóstico es erróneo, pero en sentido inverso, es decir, que se sugiere una lesión maligna cuando en realidad se trata de una úlcera o no hay patología gástrica.

Para reducir los diagnósticos de falsas positivas a un mínimo, deben entenderse correctamente las limitaciones de cada examen en particular.

La fluoroscopia, con placas acecho, por un observador experimentado, es esencial para poder descubrir lesiones pequeñas, tempranas.

Los estudios de mucosa son una parte importante de todo examen completo. Las placas poco satisfactorias no deben ser interpretadas sino repetidas.

Los hallazgos radiológicos deben ser cuidadosamente correlacionados con el cuadro clínico, el conocimiento de la historia natural y el curso de ciertas lesiones.

Si se obtiene una serie gastroduodenal negativa con un cuadro clínico sugestivo, deberán repetirse los estudios hasta quedar convencidos de que en efecto no hay ninguna lesión tumoral.

Finalmente, en todo caso de úlcera gástrica, gastritis hipertrófica o deformidad pilórica, el radiólogo debe considerar la posibilidad de cáncer aunque en ese momento no se encuentren signos inequívocos de malignidad.

TRATAMIENTO

Profilaxis. Aún no se encuentran pruebas fehacientes que afirmen la posibilidad de prevenir el carcinoma del estómago, ya que no se conoce aún su verdadera patogenia y no existe un tratamiento profiláctico propiamente dicho, general o individual.

Los exámenes radiológicos de grupos numerosos de población no han dado los resultados que se esperaba, y se han abandonado por la dificultad de su práctica, del costo y de la reducida eficacia.

Los exámenes periódicos completos en los adultos probablemente revelarán un mayor número de casos de cáncer gástrico en las primeras etapas de su desarrollo.

Un segundo aspecto de la profilaxis del cáncer gástrico es el de "tratar todas las lesiones precancerosas". El descubrimiento de una gastritis atrófica asociada con aclorhidria, es una indicación de vigilancia periódica del sujeto. El diagnóstico de un tumor benigno debe ser seguido de su extirpación. También hay que vigilar periódica y cuidadosamente a los enfermos con anemia perniciosa. Nunca hay que sujetar a un paciente con síntomas ulcerosos a tratamiento sin una serie gastroduodenal previa. Es importante recordar que toda úlcera gástrica que no cura en cuatro semanas debe intervenir.

Tratamiento propiamente dicho. El único tratamiento curativo del cáncer gástrico conocido en la actualidad es la escisión quirúrgica completa del tumor y sus metástasis.

La operación de elección es la gastrectomía sub-total amplia con extirpación de los epíplones, los grupos ganglionares perigástricos y, cuando la lesión es del cuerpo del estómago, el bazo.

REFERENCIAS

1. Shahon, D. B.; Horowitz, S.; Kelly, W.: *Cancer of the stomach: An analysis of 1,152 cases.* Surgery 39: 204, 1956.
2. Jemerin, E. and Colp, R.: *Gastric Carcinoma. A Statistical study based on 344 cases.* Surg. Gynec. & Obst. 95: 99, 1952.
3. Flood, Ch., A.: *Carcinoma of the Stomach.* Ann of Int. Medicine 48: 919, 1958.
4. Gutmann, R. A., Bertrand, I., Peristay th. J. *Le cancer de l'estomac au début: Doim Ed. Paris, 1939*
5. Lortat-Jacob, J. L., et Richard, C. A.: "Ou en est la chirurgie du cancer de l'estomac?". Rev. du Practicien 7: 3573-77, 1957.