

# CONSIDERACIONES SOBRE EL TRATAMIENTO QUIRURGICO DEL CANCER DEL ESTOMAGO

DR. LUIS CARRILLO MAURTUA

La resección del estómago es actualmente la única solución lógica en el tratamiento del adenocarcinoma del estómago. La extensión visceral de esta resección está ligada a la extensión visceral del cáncer. En algunos casos es necesario extenderla al esófago; Gastrectomía total. En otros casos es necesario resecar órganos o segmentos de órganos inválidos; Gastrectomía ampliada. Así, en los cánceres avanzados la cirugía ha extendido su campo de acción. La magnitud de las intervenciones que es posible practicar actualmente asombrarían a cirujanos de décadas pasadas. En esos casos absolutamente desesperados, estas intervenciones permiten obtener un cierto porcentaje de supervivencia variable, algunas veces sorprendente, pero que constituye la justificación de esas intervenciones y la razón para perseverar en esa vía. En algunos artículos (7, 8, 9, 10, 11) hemos presentado casos de esta naturaleza. La intervención standard en los casos más frecuentes, cánceres antro pilóricos, es la gastrectomía subtotal con ligadura alta de la coronaria, extirpación del epiplón mayor, para flaccida del menor y ejecutada con ligeras variantes según los cirujanos. Esta intervención perfectamente reglada presenta una mortalidad operatoria baja que es más función del terreno que de riesgos operativos inherentes a su ejecución. Desgraciadamente la supervivencia que ella permite obtener es habitualmente de muy corta duración. Pocos llegan a los 5 años. Esta intervención fracasa en la mayoría de las veces en el control local del cáncer.

Vamos a presentar nuestra estadística personal y algunas consideraciones sobre el angustioso problema del tratamiento quirúrgico de esta afección.

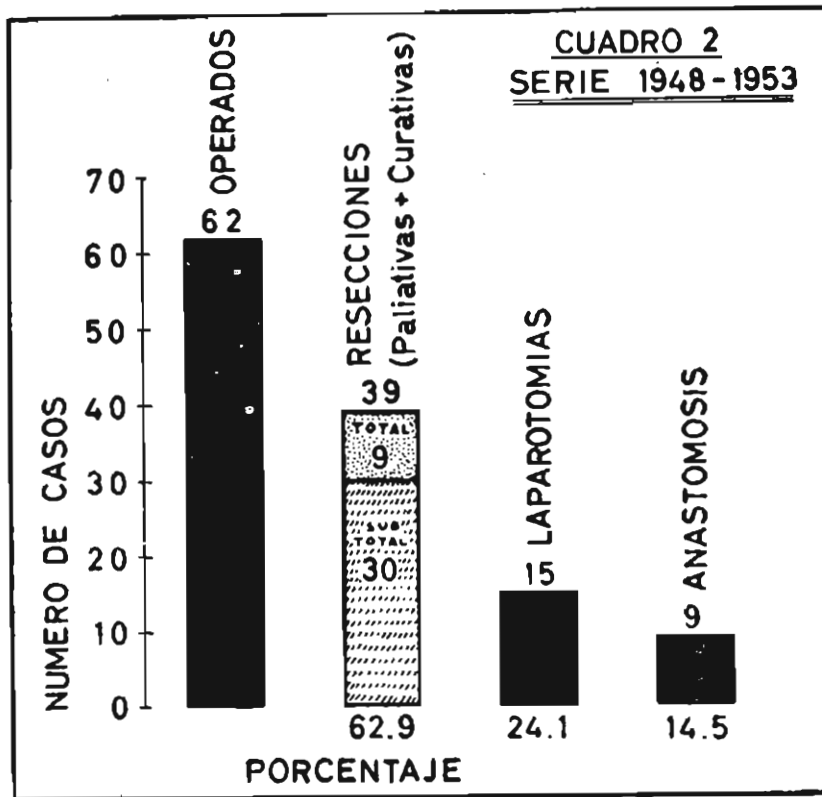
CUADRO 1	1942-1948	1948-1953	1942-1953
Pacientes operados . . . . .		62	
Laparatomías . . . . .		15	
Anastomosis . . . . .		9	
Resección . . . . .	51	38	89
Subtotal . . . . .	42	30	72
Total . . . . .	9	8	17
% Pacientes resecados (Op. Paliativas + Curativas) . . .		61.2	
% De resecabilidad (Op. con esperanza de curación) . . .		43 %	
Mortalidad operatoria: Total les % Subtotales . . . . .		6	

### Estadística personal.

Nuestra estadística personal está comprendida entre los años 1942-1953. En esos 11 años, hemos efectuado por cáncer del estómago 72 gastrectomías subtotales, 17 gastrectomías totales.

En la 1ª serie de 1942-1948 efectuada íntegramente en Francia, encontramos 51 casos de resección subtotal y 9 casos de gastrectomía total. Esta serie comprende muchos enfermos seleccionados que nuestros maestros nos cedían, el vientre abierto, para efectuar la gastrectomía. No podemos en esta serie evaluar un porcentaje de resecabilidad.

La 2ª serie, comprendida entre los años 1948-1953, ha sido casi íntegramente realizada en Lima. Encontramos en esta serie 62 enfermos operados; sólo en 3 casos, enfermos en pro-agónico, hemos rehusado intervenir. En todos los casos, exceptuando 6, el diagnóstico de cáncer era evidente.



En los 62 enfermos hemos efectuado 38 resecciones subtotaless o totales. Podríamos decir que hemos efectuado una gastrectomía en 61,2% de los enfermos operados. Debemos sin embargo señalar que en 10 de estos pacientes, para practicar una gastrectomía necesaria para poner fin a hemorragias repetidas, hemos extraído el estómago de un block canceroso inextirpable. Eliminando esos casos, estimamos nuestro real porcentaje de reseccabilidad a 43% de los enfermos operados. Como el total de enfermos examinados ha sido 59 y el de operados 56, este porcentaje es prácticamente el mismo, si se toma como punto de referencia el total de enfermos examinados. En las 38 gastrectomías practicadas hay 30 gastrectomías subtotaless y 8 gastrectomías totales ampliadas.

Las subtotaless, eliminando los 10 enfermos ya señalados, ha sido siempre 4/5 con extirpación del epiplon mayor y para flaccida del menor. Hemos restablecido la continuidad por anastomosis gastro yeyunal transmesocólica posterior, tipo Polya o Finsterer.

Los totales que hemos efectuado, han sido siempre de "necesidad".

En la pieza operatoria se ha encontrado siempre mucosa esofágica y mucosa duodenal. 4 han sido efectuadas por vía abdominal y 4 por vía toraco-abdominal izquierda. La anastomosis, gastroenterostomía de preferencia transmesocólica posterior, fueron efectuadas en 8 casos. Estos pacientes presentaban un cáncer inextirpable y neta estenosis pilórica.

La laparatomía exploradora ha constituido toda la intervención en 15 casos de los 65 operados.

CUADRO N° 3  
MORTALIDAD OPERATORIA  
GASTRECTOMIA SUBTOTAL POR CANCER  
Serie 1948 - 1953.

	Lesiones	Interv. entre operación y fallecimiento	Causa del fallecimiento.
Caso 1 ....	Tumor pilórico obstructivo. Metástasis Hepáticas	Minutos	Asfixia por vómitos durante el transporte.
Caso 2 ....	Tumor Hemorrágico del Píloro. Metástasis Ganglionares	24 horas	Accidente de anestesia. Síncope, Reanimación. Hemiplejía.
Caso 3 ....	Tumor Curvatura Mayor.	8 días	Caquexia.

La mortalidad operatoria en esta serie ha sido la siguiente:

En las subtotales, 3 enfermos.

En las totales, 3 enfermos.

La supervivencia de nuestros pacientes es muy difícil de apreciar.

CUADRO N<sup>o</sup> 4  
MORTALIDAD OPERATORIA  
GASTRECTOMIA TOTAL AMPLIADA POR CANCER  
Serie 1948-1953

		Operación	Interv. entre operación y fallecimiento	Causa del fallecimiento
N <sup>o</sup> 1	Caso 6	Vía Abdominal: Gastrectomía Total + Esplenectomía + Duodeno Pancreatomía Total + Colectomía Derecha.	24 horas	Shock: Progresivo
N <sup>o</sup> 2	Caso 7	Vía Toraco Abdominal: Esofagectomía Parcial + Esplenectomía Total + Esplenectomía + Resección Cola y Cuerpo Páncreas	3 días	Asfixia: (Inyección de líquido en sonda intra-traqueal).
N <sup>o</sup> 3	Caso 8	Vía Toraco Abdominal: Esofagectomía Parcial + Gastrectomía Total + Esplenectomía yeyunal.	10 días	Síncope mortal: (Accidente de aspiración de bronquios).

Al salir del hospital, la mayoría de ellos va a lugares alejados y no se tiene ya ninguna noticia. En nuestra serie completa sabemos que uno de nuestros enfermos operados en 1944, está 9 años después de la intervención en buen estado aparente. Tenemos 1 caso que a los 4 años está en perfecto estado; y varios casos de 3 1/2 años. También hemos visto recidivar a muchos de nuestros enfermos entre 1 y 3 años. En lo que respecta a los totales que sobrevivieron, su estado está indicado en el cuadro N<sup>o</sup> 6.

Si se trata de hacer un "mise au point" de los resultados del tratamiento quirúrgico del cáncer del estómago y se toma el promedio de las estadísticas publicadas, hay que convenir, que desgraciadamente muy pocos enfermos pueden ser satisfactoriamente resecados, y, entre los resecados muy pocos viven más de 5 años.

Citamos una de las mejores series publicadas, la serie de Walters y Berkson (46) de la Mayo Clinic, comprendida entre 1940-1949. Estos autores encuentran:

CUADRO N° 5  
PORCENTAJE DE RESECABILIDAD  
EN ALGUNAS SERIES

	Serie	Pacientes	%
Ransom U. de Michigan	1941-1946	238	36.3
Jemerin Cola Mount Sinai Hospital	1943-1947	187	52
Welch, Allen Massachusetts Gen. Hosp	1942-1946	457	53
State U. de Minnesota	1936-1945	586	52.2
Guiss Los Angeles	1940-1949	1.596	12.8
Pack, Mc Neer Memorial Hospital	1942-1946	405	39.8
Lahay Lahay Clinic	1940-1945		37
Walters Mayo Clinic	1940-1949	100	44
Blomquist Helsinki	1926-1945	372	38.2
Lambling Paris	1948	205	47.8
Quenu, Perrotin Paris	1941-1945	151	54
Anthun Riks Hospitalets Oslo	1930-1949	525	1.91
Swynnerton, Truelove Oxford	1938-1949	375	30

Enfermos examinados . . . 100%  
 Enfermos operados . . . . 80%  
 Lesión resecable . . . . . 44%  
 Sobreviven a la resección 40%  
 Sobreviven 3 años . . . . . 18%  
 Sobreviven 5 años . . . . . 14%

Esta serie muestra que sobre 100 enfermos examinados sólo 44 son resecados y 14 de esos 100 enfermos viven más de 5 años. Si se toma el porcentaje de supervivencia entre los resecados que sobreviven a la resección, se constata que 34.8% viven más de 5

años. La sobrevida de un cáncer en el estómago de un individuo constituye una verdadera catástrofe, que aparte algunas excepciones, limita su vida a menos 5 años.

Esta cruda realidad muestra que el momento en el cual se aplica el tratamiento y la concepción misma del tratamiento no son actualmente satisfactorias.

Jean Gosset (22) escribió una vez que, para mejorar los resultados del tratamiento quirúrgico, había que resolver previamente 3 puntos. Disminuir la proporción de casos no resecables. Disminuir la mortalidad operatoria. Disminuir la frecuencia de metástasis y recidivas. Vamos a discutir sucesivamente los 3 puntos.

1º Disminuir la proporción de casos no resecables.

Los autores anglosajones diferencian con justa razón, "operabilidad" y "resecabilidad", teniendo en cuenta el significado gramatical de esos términos.

El porcentaje de operabilidad en el cáncer del estómago se ha elevado considerablemente en estos últimos años. El porcentaje de 70-80% es frecuente actualmente. La tendencia actual es de laparotomizar esos cánceres avanzados que, hace aún pocos años, eran rehusados por los servicios de cirugía. No todos los casos avanzados pueden sin embargo ser operados. Existen contraindicaciones de simple sentido común. Hay enfermos que llegan al hospital en estado pre-agónico.

Esta tendencia intervencionista se justifica en el hecho de que si una resección conveniente no puede efectuarse, por lo menos, en algunos casos, podrá efectuarse una operación paliativa, que hará menos penosos los contados días del enfermo.

El porcentaje de resecabilidad ha seguido un aumento paralelo aunque en menor escala. Muchas estadísticas son difíciles o imposibles de interpretar, pues existe una gran confusión en la apreciación de este porcentaje. La mayoría de los autores establecen este porcentaje sobre el total de los enfermos examinados. Otros lo establecen únicamente sobre el número de enfermos operados. Muchos cirujanos incluyen en el porcentaje de resecabilidad todo caso en el cual una gastrectomía ha sido practicada, aun cuando el cirujano ha extirpado el estómago de un block canceroso. Es evidente que en esos casos el paciente sigue siendo un canceroso avanzado. Otros autores no dan ninguna precisión.

CUADRO 6  
ESTADO ACTUAL DE LOS OPERADOS  
GASTRECTOMIA TOTAL AMPLIADA  
Serie 1948 - 1953

		Operación	Tiempo transc. desde operac.	Estado actual
Nº 1	Caso 1 (7 años)	Vía Abdominal: Gastrectomía Total y Resección Cola Páncreas + Esplenectomía.	3 años 6 Meses	Desconocido: Probablemente fallecido. 2 años después Op. Caquético. Est. lamentable.
Nº 2	Caso 2 (53 años)	Vía Abdominal: Gastrectomía Total + Esplenectomía.	2 Años 9 Meses	Desconocido: Caquético. 13 meses después operación.
Nº 3	Caso 3 (63 años)	Vía Toraco Abdominal: Esofagectomía Parcial + Gastrectomía Total + Esplenectomía + Resección Cola y Cuerpo del Páncreas + Resección Supra Renal Izquierda.	2 Años 5 Meses	Noticias de excelente estado en Dcbre. 1953.
Nº 4	Caso 5 (67 años)	Vía Toraco Abdominal: Esofagectomía Parcial + Gastrectomía Total + Esplenectomía Resección Cola y Cuerpo del Páncreas + Resección 1 Metro Intestino.	1 Año	Estado regular
Nº 5	Caso 7 (55 años)	Vía Abdominal: Gastrectomía Total + Esplenectomía + Resección Cola y de Páncreas. Plastia yeyunal.	5 Meses	Excelente.



Sólo muy pocos precisan claramente que solamente consideraran los casos en los cuales creen haber extirpado todo el cáncer visible o palpable y piensa que hay esperanza de curación. Esta aclaración nos parece indispensable en toda serie futura.

El porcentaje de reseabilidad con esperanza de curación no parece llegar en promedio actualmente a 50% de los casos examinados.

Esta cifra evidentemente baja, se explica por el hecho de que la mayoría de los pacientes llegan demasiado tarde al cirujano. De ésto es clásico responsabilizar la incultura de muchos pacientes, el carácter silencioso de la enfermedad en algunos casos y finalmente, el optimismo del médico.

El clínico debe saber que para tener posibilidades de resear satisfactoriamente un cáncer, queremos decir sin dejar cáncer visible o palpable, debe dirigirlo al cirujano antes de la evidencia de los clásicos signos de esta afección. Jean Gosset (22) tiene razón al decir que las magníficas descripciones que los clínicos de antaño, cuya prestancia y autoridad no pueden discutirse, han perpetuado una rica sintomatología con signos diversos, uniendo a un síndrome de palidez, adelgazamiento, vómitos de retención, la existencia de un tumor palpable y a menudo la adenopatía supravicular. Pero esos clínicos controlaban más frecuentemente el diagnóstico en la mesa de autopsia que en la de operaciones. La verdadera sintomatología del cáncer del estómago cuando no ha llegado a un estado muy avanzado, es de mediocre valor evocador.

Lambling y Guillard (28) estudiando la sintomatología de 213 casos, encuentran: Sintomatología ulcerosa en 11.7%. Gastrálgica atípica en 42%. Dispéptica en 23.4%.

Sintomatología constituida exclusivamente por alteración del estado general en 11%. Como se ve, prácticamente todo paciente con disturbios digestivos debe ser considerado como canceroso hasta probar lo contrario.

*Las relaciones del cáncer con la úlcera.*— En las relaciones del cáncer con la úlcera hay un hecho que actualmente ya nadie discute. Es la existencia de síndromes típicamente ulcerosos, con imágenes radiológicas consideradas como características de úlcera, que son en realidad cánceres de estómago. En la inmensa mayoría de esos casos, no en todos, Albot y Toulet (2) encuen-

tran una lesión ulcerada. El examen patológico afirma la malignidad del proceso. El porcentaje de esas lesiones malignas, descubiertas únicamente al examen histológico, parece oscilar alrededor de 20%.

Para explicar estos hechos hay que considerar dos posibilidades: la posibilidad de cáncer ulceriforme y la posibilidad de úlcera transformada.

El cáncer ulceriforme constituye una realidad admitida por todos. La lesión del estómago, en algunos casos, sufre una digestión péptica formando una ulceración cuyos bordes son cancerosos. Se trata pues, de un cáncer primario del estómago anteriormente ulcerado. Esta digestión péptica es, en la inmensa mayoría de los casos, responsable de la sintomatología ruidosa comparable a la úlcera péptica benigna.

La úlcera transformada constituye el terreno en el cual se enfrentan las opiniones más opuestas. Los gastro-enterólogos y cirujanos europeos, en particular franceses, admiten casi unánimemente la posibilidad de transformación.

Entre los gastro-enterólogos americanos las opiniones están divididas. Algunos como Bockus (6) prácticamente niegan esta posibilidad.

Otros como Palmer (7) son menos categóricos. Este autor piensa que no hay prueba concluyente de que la transformación cancerosa no ocurra nunca en la úlcera gástrica benigna. Otros en fin, como Grimes y Bell (17) admiten la posibilidad de esta transformación.

Este problema de transformación de úlcera en cáncer se plantea en casos de larga evolución, en los cuales ha habido sintomatología clínica y radiológica de úlcera y después de un cierto tiempo se constata un cáncer evidente. Muchos de estos casos pueden explicarse por la existencia de cánceres ulceriformes de muy larga evolución. Algunos de estos cánceres, hecho interesante, pueden tener mejoría clínica y radiológica temporal.

Palmes (37). Grimes y Bell (4).

Esta explicación no satisface sin embargo en casos de evolución sumamente prolongada. Si un paciente presenta a los 30 años una lesión gástrica y a los 50 un cáncer evidente en la misma región, ¿qué debe pensarse? En estos casos en los cuales existe un largo intervalo, Grimes y Bell dicen que la historia natural

de carcinoma impide creer que la lesión indica fuera un carcinoma. Es lógico admitir que hubo inicialmente una lesión benigna. Admitiendo este hecho de que hubo inicialmente una lesión benigna, algunos tratan sutilmente de negarla transformación cancerosa de la úlcera. No se trata, dicen ellos, de una transformación de la úlcera en cáncer. Úlcera y cancer son dos enfermedades diferentes. Lo que ha pasado es que ese ulceroso presenta un cáncer, como lo hubiese presentado aun no teniendo úlcera. Es un cáncer enfermedad nueva, injertado en una úlcera enfermedad antigua.

Esta pretendida diferenciación entre úlcera transformada y cáncer injertado sobre úlcera, nos parece ser una discusión bizantina que reposa más en un juego de palabras o "vue de l'esprit" que en realidad de hechos. De todas maneras, es la célula gástrica y no una nueva célula injertada en ella, que prolifera, que desvía hacia la monstruosidad, que se reproduce desordenadamente. En buena cuenta, se ha transformado en célula cancerosa.

El criterio histológico no parece poder resolver el problema por cuanto todos los signos y criterios diferenciales son actualmente discutidos.

Los eclécticos admiten que la mayoría de estos hechos en discusión pueden explicarse por el cáncer ulceriforme. Hay sin embargo algunos casos, 9% para Demols y Michaud (14), en los cuales se puede sostener, con razonamiento cartesiano, lo que algunos llaman "transformación"; otros, "injerto" sin poder encontrar argumentos concluyentes para negar esta posibilidad.

De esta discusión el clínico debe concluir que no hay ningún signo clínico radiológico o endoscópico que le permita asegurar la benignidad de una lesión que él piensa debe ser una úlcera péptica. En algunos casos, esta apariencia de benignidad dura en el cáncer ulceriforme muchos años. Por otra parte, cuando un paciente presenta una lesión gástrica que el tiempo de muchísimos años ha demostrado ser benigna, el clínico debe saber que una "transformación" o injerto puede operarse en cualquier momento.

Es sumamente prudente, práctica seguida actualmente por muchos, operar sin perder tiempo toda úlcera gástrica. Algunos cirujanos van aún más lejos, teniendo en cuenta las eventuales sorpresas histológicas que aconsejan practicar una gastrectomía radical idéntica a la que practican en cáncer, como operación de elección en toda úlcera gástrica.

*El diagnóstico precoz del cáncer del estómago.*—Según Lahey (31) el diagnóstico precoz del cáncer del estómago no parece haber mejorado mucho en estos últimos años. Esta opinión refleja la realidad actual del problema.

Es sin embargo posible en algunos casos efectuar un diagnóstico sumamente precoz.

En la literatura se encuentran publicados un gran número de casos en los cuales el diagnóstico se ha efectuado estando el cáncer en estado incipiente. Estos hechos que pertenecen casi exclusivamente o en su mayoría a la escuela de París no deben ser ignorados.

Diagnóstico precoz no es descubrir un tumor del estómago, pequeño cierto, pero que ya ha invadido todas las tónicas del estómago. Estos casos son histológicamente cánceres pequeños pero avanzados.

El diagnóstico precoz consiste en descubrir cáncer incipiente. Gutmann (21) define el cáncer incipiente como un cáncer que macroscópicamente va de la casi invisibilidad a un tamaño que se puede arbitrariamente fijar a 1cm. de diámetro y que microscópicamente está todavía limitado a la mucosa, o que apenas comienza a desbordar la muscularis mucosa.

Albot y Toulet (2) describen la evolución del cáncer del estómago en 4 estados evolutivos:

*Cáncer in situ. Estado O.*—Se trata de la primera desviación celular en el seno de una arquitectura glandular conservada. No hay ruptura de la basal. Hay modificaciones celulares y en algunos casos mitosis atípicas y monstruosas que confirman la malignidad del proceso descubierto en una etapa muy primitiva. Estos casos son discutidos. La mayoría de autores consideran estos hechos como estado precanceroso. Existen sin embargo rarísimos casos en los cuales se puede afirmar el cáncer; ejemplo el caso de Citterio (11).

*Cáncer de la mucosa. Estado I.*—Se trata de proceso canceroso típico con modificaciones de la arquitectura mucosa. Las células neoplásticas monstruosas han invadido el corion. La muscularis mucosa está intacta.

*Cáncer de la sub-mucosa. Estado II.*—Se trata de pequeños cánceres cuya invasión parietal está limitada a un pequeño segmento de la sub-mucosa.

*Cáncer parietal. Estado III.*—Son los clásicos cánceres con invasión parietal neta y metástasis ganglionares.

El cáncer incipiente de Gutmann corresponde a los estados O, I. y tal vez II, de la clasificación histológica de Albot y Toulet.

El primer caso de cáncer incipiente publicado parece deberse a Kirklin (25). Este autor publicó en 1934, 4 casos de cáncer del estómago; uno de ellos tenía un diámetro de 1 cm.. Gutmann, que casi simultáneamente con Kirklin publicó sus primeros casos, ha tenido el mérito de descubrir y divulgar en un gran número de publicaciones (18, 19, 20 21) toda una serie de imágenes radiológicas que han permitido a la escuela francesa descubrir la gran mayoría de los casos existentes en la literatura.

Estas publicaciones de cáncer "in situ" y de cáncer únicamente de la mucosa gástrica, despertaron un interés considerable y, en algunos países, un escepticismo sonriente. El hecho parecía inverosímil. Sin embargo, todos los anatómo-patólogos que han visto estos casos o examinado los cortes confirman la autenticidad del cáncer.

Entre los autores anglo-sajones se encuentran hechos comparables aunque en menor escala. Anderson, Dockerty y Gray (4) de la Mayo Clinic, publican en 1952 en una serie de 100 casos; 6 casos que ellos incluyen en el estado A de Dochet. Este estado A parece ser comparable al estado I de Albot y Toulet.

En Italia, Citterio (II) publica en 1957, 7 casos de cáncer incipiente. Uno de ellos es un verdadero cáncer "in situ" o estado O de Albot y Toulet.

En Uruguay, después de la visita de Gutman, se han diagnosticado, según este autor, (19) cánceres incipientes, operados y controlados histológicamente.

El diagnóstico de cáncer incipiente es posible porque en este estado precoz el cáncer puede dar sintomatología clínica. Si se tiene la suerte de que el paciente se inquiete y consulte, el examen radiológico mostrará ciertas imágenes muy sospechosas. Gutmann hace operar inmediatamente aquellos pacientes en los cuales las imágenes persisten después de un corto y enérgico tratamiento médico. Este método llamado "radio clínico" por la escuela francesa, ha permitido efectuar el diagnóstico en más de 100 casos. Debemos sin embargo insistir en la necesidad de no abandonar

al paciente, si después del tratamiento médico corto y enérgico, las radiografías son normales. Un control clínico y radiológico debe efectuarse periódicamente para evitar eventuales y desagradables sorpresas.

Estos casos de cáncer incipiente han planteado problemas de orden doctrinal e interés práctico considerable. Todo clínico se pregunta por qué este diagnóstico no se efectúa más frecuentemente. Un período corto de evolución rápida, a veces "galopante".

La concepción unicista ha sido expuesta por Gutmann (18, 20) Albot (1). Para estos autores todo cáncer gástrico pasa por dos etapas. Un largo período de evolución lenta que dura meses o años. Un período corto de evolución rápida a veces "galopante".

La sintomatología clínica aparece en diferentes momentos de esta evolución anatómica. En muchos casos aparece en el primer período. En estos casos hay posibilidades de diagnosticar el cáncer incipiente. Desgraciadamente los enfermos son considerados hepáticos, vesiculares, dispépticos y no son radiografiados, o las radiografías son mal interpretadas.

En otros casos, la sintomatología aparece al comienzo del segundo período. Es la evolución que estamos acostumbrados a observar. En otros casos, la sintomatología aparece al final del segundo período. Se trata entonces de un cáncer latente.

La concepción dualista ha sido expuesta por Lambling (28), Racht y Busson (39) Lambling, que en una serie de 213 casos del estómago sólo han encontrado 8 casos de cáncer incipiente, piensa igualmente que el cáncer del estómago pasa por dos períodos evolutivos. Este autor diferencia sin embargo dos variedades de cáncer.

El cáncer de evolución lenta que representa el 1/5 de los casos, sigue una evolución idéntica a la descrita por Gutmann, Lambling piensa que esta evolución la siguen los cánceres ulceriformes. Hay así posibilidad de diagnosticar el cáncer muy precozmente. El cáncer "in situ" representa tal vez la etapa más precoz del cáncer ulceriforme.

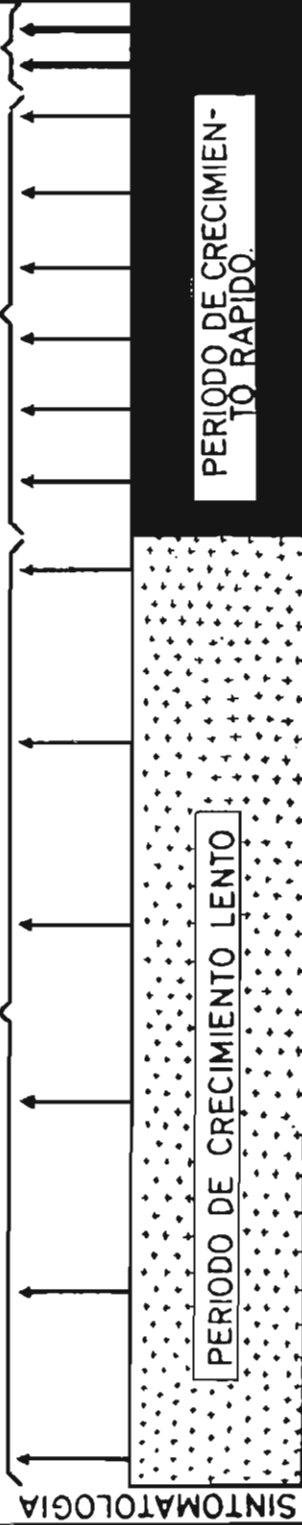
El cáncer habitual, que representa para Lambling los 4/5 de los casos, difiere del anterior que es el primer período evolutivo; el de progresión lenta es, en estos casos, inexistente o de muy breve duración. El cáncer del estómago es, en la mayoría de las veces para estos autores, desde su inicio rápidamente evolutivo. La

# EVOLUCION DEL CANCER GASTRICO (GUTMANN, ALBOT)

MOMENTO EN EL CUAL APARECE LA SINTOMATOLOGIA CLINICA

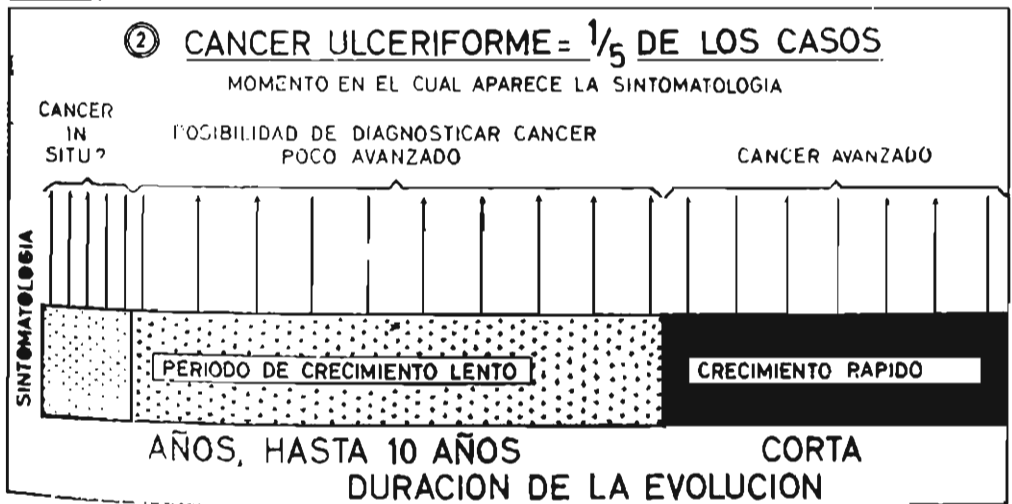
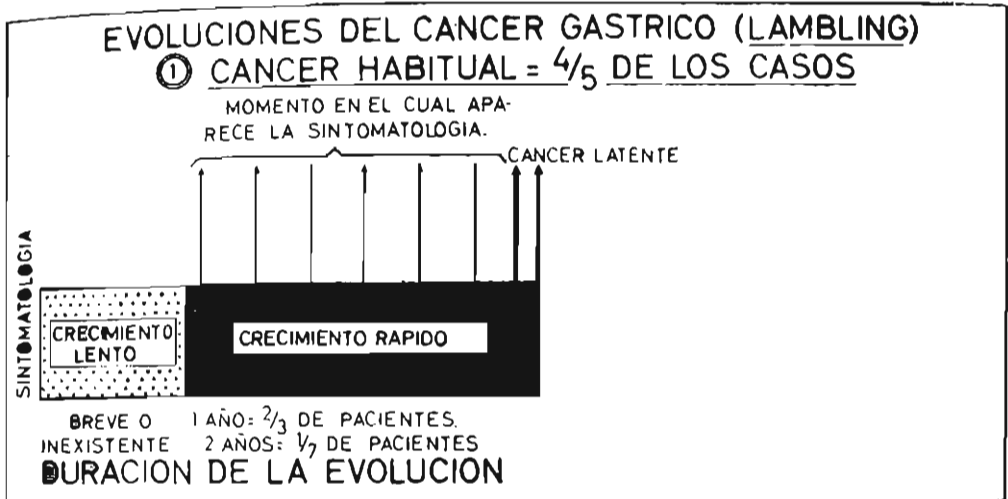
(EL CANCER HABITUAL  
CORRESPONDE A UN DIAG-  
NOSTICO EFCTUADO EN ES-  
TE PERIODO.)

(POSIBILIDAD DE DIAGNOSTICAR EL CANCER INCIPIENTE)



MESES O AÑOS  
DURACION DE LA EVOLUCION

SEMANAS O MESES





sintomatología aparece en cualquier momento. Cuando el paciente consulta desde que aparece la sintomatología, el cáncer puede ser extirpable o inextirpable. Lambling (28) reconoce que hay casos de interpretación delicada. Son los casos de cáncer ulceriforme de evolución rápida. Son igualmente los casos de cáncer infiltrante de evolución lenta.

Es difícil actualmente concluir en uno u otro sentido. Hay que admitir que la teoría de Gutmann es mucho más optimista. Este autor afirma (20) que la teoría dualista tiene una sola ventaja, de cubrir con la máscara de la fatalidad simples errores de diagnóstico, que el número de cánceres incipientes diagnosticados debe considerablemente aumentar con el entrenamiento del clínico. La prueba, dice este autor, está en el creciente número de casos diagnosticados por su escuela y los resultados de su visita al Uruguay.

Todos los cirujanos estiman que el diagnóstico más precoz que el que se efectúa habitualmente, mejorará el porcentaje de reseccabilidad y supervivencia. Mac Donald y Kotin (35) afirman que esto no solamente es utópico, sino lo contrario de la verdad. Citan la opinión de Swynnerton y Truelove (43). Cuando más duración tiene la sintomatología, mejor es el pronóstico. Mac Donald y Kotin dicen que el mejor pronóstico lo tienen las lesiones largo tiempo confinadas en el estómago y ganglios perigástricos que producen signos de disfunción gástrica, que evolucionan lentamente y que se extienden en un largo tiempo. El peor pronóstico se observa en un 40% de pacientes, los cuales presentan un tumor con alto potencial de malignidad y produce rápidamente manifestaciones clínicas, reflejando extensión local y metastásica. Al apoyo de esta tesis citan la serie de Rafft y Kelly (41). En esta serie la duración media de la sintomatología antes de que el paciente entre al hospital, ha sido:

En enfermos inoperables . . . . .	9.0 meses
En enfermos solamente explorados . . . . .	6.8 "
En enfermos que recibieron tratamiento paliativo . . . . .	7.7 "
En enfermos reseccados . . . . .	9.0 "

Jamerin y Colp (24) encuentran que la mejor indicación para la resección se encuentra después de una duración de los síntomas de 6-12 meses.

Mac Donald y Kotin sugieren una selección natural, un pre-determinismo para explicar estos hechos.

Las teorías francesas sobre el modo evolutivo del cáncer que ya hemos expuesto, tratan precisamente de explicar estos hechos. Cuando aparece la sintomatología de un cáncer no se sabe en qué período evolutivo se encuentra la lesión. Si esta lesión se encuentra en el primer período evolutivo como lo define Gutmann o se trata de esos casos favorables de Lambling, el paciente puede estar en buenas condiciones operatorias largo tiempo después de la instalación de la sintomatología.

Si los síntomas aparecen por primera vez cuando el paciente está en el segundo período evolutivo de Gutmann, o desgraciadamente cuando la lesión sigue la evolución más frecuente para Lambling, aun operado el mismo día de la instalación de la sintomatología, se encontrará un cierto porcentaje de cánceres no rese-cables.

Sería también sumamente interesante saber en qué período evolutivo de cáncer de metástasis. Gutmann cita el caso de un cáncer exclusivamente de la mucosa que ya había dado una metástasis ganglionar. Albot dice que es muy curioso ver a qué punto los cánceres de la mucosa son histológicamente diferentes. Algunos son estrictamente limitados; otros son serpiginosos y se extienden en todas las direcciones, aunque superficiales; otros en fin, aunque excepcionales, dan metástasis ganglionares. El poder metastasizante del cáncer es aun desconocido y puede despertarse en cualquiera de los períodos evolutivos. Los cánceres iniciales pueden dar metástasis ganglionares y cánceres localmente avanzados, evolutivos; no han dado metástasis en el momento de la operación, o esas metástasis tienen muy lento poder evolutivo. Existen casos excepcionales pero reales, de pacientes operados con cáncer localmente avanzado y que han sobrevivido más de 5 años. Algunos se han generalizado al cabo de 9 o más años, justificando el término de "supervivencia" y no "curación". Ejemplo el caso de Cooper (13) que a los 10 años estaba perfectamente bien y falleció en generalización 12 años después de la operación. Otros pacientes han fallecido de afección intercurrente más de 5 años después de la intervención, dejando así una incógnita sobre la existencia de metástasis que hubiesen podido tal vez activarse ulteriormente.

Es sin embargo lógico pensar que el poder metastasiante del cáncer, mucho más grave que el poder evolutivo local, se acrecienta a medida que el cáncer avanza.

Hay siempre interés en operar cuanto antes el cáncer del estómago. El porcentaje de supervivencia debe mejorar, puesto que aumenta el porcentaje de reseabilidad.

### 2.—*Disminuir la mortalidad operatoria.*

La línea descendente que, en estos últimos años, ha seguido la mortalidad operatoria constituye un halago para el cirujano. Actualmente creemos que la mortalidad operatoria de la gastrectomía subtotal oscila en promedio alrededor de 10%. En lo que respecta a la total mortalidad operatoria, parece estar en promedio debajo de 20%.

Como en todas las grandes intervenciones, a equivalencia de paciente y cirujano, la mortalidad operatoria está íntimamente ligada a las posibilidades del tratamiento pre y post operatorio. Así se explica la inmensa superioridad de los centros perfectamente organizados.

La introducción en cirugía del método de Laborit y Huguenar, de anestesia potencializada e hibernación artificial, que desde hace meses empleamos, contribuirá a disminuir en proporciones considerables el riesgo operatorio en las grandes intervenciones por cáncer gástrico sobre todo avanzado.

### 3.—*Disminuir número de recidivas y metástasis.*

La experiencia muestra que la inmensa mayoría de los reseados que mueren antes de los 5 años, fallecen a causa de recidivas y metástasis. La disminución de este número de cifras aceptables constituiría un progreso esencial en este delicado problema. El cáncer incipiente es, según Gutmann, (20) curable en 100% de los casos. Este autor dice que el caso que se acompañó de adenopatía cancerosa curó perfectamente.

El problema es saber si esos cánceres localizados a la mucosa pueden recidivar o dar metástasis. Sólo encontramos en la literatura un caso de interpretación difícil. Es el caso de Geffroi y Jouanneau (16).

Cáncer de la mucosa gástrica operado, 6 años después aparece un cáncer del cardias. ¿Se trata de una metástasis del cáncer

inicial? ¿Se trata de un nuevo cáncer? En todo caso, esos cánceres incipientes parece tener un magnífico pronóstico. Albot constata que la inmensa mayoría de esos cánceres han curado y muchos tienen más de 10 años.

En el cáncer habitual del estómago el porvenir de los reseca- dos es completamente diferente. Para considerar el porcentaje de supervivencia de 5 años de los reseca- dos, citamos 4 excelentes series:

Allen y Welch (46) . . . . .	20. %
Lahey (31) . . . . .	22.3 %
Pack (36) . . . . .	34.7 %
Walters (46) . . . . .	34.8 %

El promedio de esas 4 series es de 28 %, o lo que es lo mismo 72 % de los operados mueren antes de 5 años, sobre todo a causa de recidivas y metástasis locales.

*Localización de recidivas y metástasis.*—Algunos investigadores, estudiando series de casos seleccionados, han iniciado de señalar el lugar en el cual aparecen inicialmente las recidivas y las metástasis locales.

Mac Neer (33) colaboradores de Memorial Hospital han publicado un notable artículo sobre la frecuencia de estos hechos. Estos autores que han estudiado 92 casos provenientes de casi todos los hospitales de New York. Esta serie comprende únicamente pacientes que han fallecido cierto tiempo después de la gastrectomía subtotal, efectuada con esperanza de curación y en los cuales se ha podido efectuar un control post-mortem.

Estos autores encuentran que la causa del fallecimiento se debe:

Recidivas y metástasis locales . . . . .	80.5 %
Metástasis alejadas . . . . .	15 %
Enfermedad intercurrente . . . . .	4.3 %

Considerando la localización de las recidivas, Mc Neer (33) encuentra:

Recidivas en el muñón gástrico . . . . .	50 %
Recidiva en el muñón duodenal . . . . .	9.8 %
Metástasis en ganglios perigástricos y lecho gástrico . . . . .	20 %

Citamos inmediatamente otra serie. La de Thomson y Robins (45) del Vancouver General Hospital y Shaughnessy Hospitals, que estudiaron 28 enfermos operados con gastrectomía y fallecieron en un hospital cierto tiempo después.

Estos autores encuentran:

En el muñón gástrico:

Recidiva neta . . . . .	5 casos	18 %
Recidiva discutible . . . . .	6	21.4 %
Ausencia de recidiva . . . . .	17	60.7 %

En el muñón duodenal:

Recidiva neta . . . . .	3	10.7 %
Ausencia de recidiva . . . . .	25	89 %

En el lecho gástrico:

Recidiva neta . . . . .	13	46.4 %
Recidiva discutible . . . . .	6	21.4 %
Ausencia de recidiva . . . . .	6	21.4 %

Los 6 casos discutibles que están señalados en el muñón gástrico y en el el lecho gástrico, son 6 casos en los cuales la discriminación fué imposible. Thomson y Robins, con justa razón creemos, se asombran que Mc Neer no haya señalado esos hechos y que en sus casos de cánceres recidivado, sin duda avanzado, puesto que los enfermos murieron a causa de ello, estos autores han podido siempre discriminar al lugar de aparición de la recidiva.

En lo que concierne a la recidiva en el muñón gástrico, hay en estas series una neta oposición: 50 % para Mc Neer, 18 % para Thomson.

Analizando la serie de Mc Neer, se constata que hay datos sobre la extensión de la gastrectomía inicial de los 92 casos.

Resección de menos de la mitad del estómago	11 casos	18 %
Resección de la mitad del estómago . . . . .		32 %
Resección entre la mitad y tres cuartos . . . . .		45 %
Resección de más de tres cuartos . . . . .	3 casos	5 %

Como vemos en 50 % de esos casos, la resección ha sido de la mitad o menos de la mitad del estómago, resección insuficiente.

Mc. Neer acepta que la resección fué en la mayoría de los casos insuficientes, pues en su comentario escribe, que sólo 3 enfermos sobre 60 tuvieron una resección de más del 75 % del estómago y ~~añade~~ este autor, casualmente 2 de esos 3 enfermos presentaron recidiva en el muñón.

Hay algo más. No sabemos, —como Mc Neer lo lamenta—, a qué distancia del cáncer pasó la línea de sección en la gastrectomía. Es de creer que fué muy cerca del cáncer, teniendo en cuenta la poca extensión de la gastrectomía en la mayoría de los casos.

Respecto a los dos enfermos que recidivaron habiendo tenido una gastrectomía amplia, no se puede concluir, no teniendo datos ni examen histológico de la línea de sección gástrica.

En la serie de Thomson y Robins, tampoco encontramos datos sobre la distancia entre el tumor y la línea de sección. Además, la existencia de casos discutibles complica la interpretación de los hechos.

La recidiva en el muñón después de gastrectomía subtotal, existe y ha sido observada por muchos cirujanos con frecuencia variable. Lo interesante sería saber en qué proporción del cirujano deja cáncer en la línea de sección después de una gastrectomía subtotal, amplia, correcta, en la cual él cree realmente haber seccionado el estómago en tejido sano. Se necesitaría el examen histológico inmediato de toda la circunferencia de la sección. Sería además necesario, seguir esos pacientes para ver la frecuencia de recidivas, después de gastrectomía con línea de sección limpia.

En lo que respecta a la recidiva en el muñón duodenal, la serie de Mc Neer 9.8 % y la Thomson 10.7 % son prácticamente concordantes. Zinniger y Collins (48) de la Universidad de Cincinnati, estudiando 47 piezas operatorias, señalan la invasión duodenal hasta un límite de 15 m.m. más allá del píloro en 30 % de los cánceres antro-pilóricos.

Anderson, Dockerty y Gray (4) de la Mayo Clinic, estudiando 100 casos de cáncer antro-pilórico, encontraron invasión microscópica del duodeno en 24 % de los casos. Sólo en 1 % de estos casos pensaron que el cáncer iba más allá de la línea de sección.

Las cifras dadas por Mc Neer y por Thomson parece corresponder a una verdadera recidiva y no a la progresión de un cáncer residual dejado en la línea de sección duodenal.

*La recidiva o metástasis en el lecho gástrico.*—La frecuencia

de esta recidiva ha sido también diversamente considerada e interpretada.

Este término "lecho gástrico" ha sido definido por Thomson y Robins (45) como los tejidos perigástricos, incluyendo la totalidad del páncreas".

Mc Neer (33) encuentra que la metástasis en el lecho gástrico aparece en 20 % de los casos. Thomson y Robins en 50 % de los casos.

Es interesante saber si esta metástasis es independiente o secundaria a la recidiva en el muñón gástrico.

Mc Neer piensa que en muchos casos la metástasis del lecho gástrico es secundaria a la infiltración del muñón y que en los casos en los cuales el lecho gástrico y muñón están infiltrados, la metástasis en el lecho es secundaria a la infiltración en el muñón gástrico.

Thomson y Robins (45) no son de esta opinión y plantean esta interrogación en forma muy lógica. Se admite que la metástasis en el lecho gástrico es secundaria a la invasión del muñón, en los casos en los cuales ambos inválidos, debe entonces encontrarse mayor incidencia de metástasis en el lecho gástrico que el grupo de casos en los cuales hay recidiva en el muñón, que en los casos en los cuales no hay recidiva en el muñón.

Examinando la serie de Mc Neer se encuentra:

1<sup>o</sup>—En los casos con recidiva en muñón gástrico o duodenal hay metástasis en el lecho gástrico en 54 %.

2<sup>o</sup>—En los casos en los cuales no hay recidiva en el muñón gástrico hay metástasis en el lecho gástrico en 50 % de los casos.

La diferencia entre ambos cifras es muy pequeña para concluir.

En la serie de Thomson se encuentran 59 % y 65 % respectivamente; es decir, hay mayor frecuencia de metástasis en el lecho gástrico cuando no hay recidiva en el muñón.

Esta discusión debe terminar en el sentido que la metástasis en el lecho gástrico es independiente de la recidiva en el muñón gástrico.

Hay además, nueva prueba dada por el Memorial Hospital.

En un addendum a su artículo, Mc Neer (33), declara que en el Memorial Hospital en el examen sistemático de piezas operatorias comprendiendo estómago, bazo, epiplón, cola del páncreas: encuentran en un 50 % de casos, focos insospechados de cáncer

en el pedículo y cola de páncreas. Estos hallazgos, de suma importancia, muestran que en 50 % de gastrectomizados, puede haber invasión del lecho gástrico, sin tener que responsabilizar la eventual recidiva en el muñón. Es además interesante constatar que esta cifra corresponde a la citada por Thomson.

Esta recidiva en el lecho gástrico parece ser la más importante. Hay un hecho elocuente que el cirujano no puede olvidar. Es lo que muestra más frecuentemente el examen clínico en los pacientes que consultan en plena recidiva o metástasis después de una gastrectomía subtotal. En esos enfermos, pálidos, adelgazados y a menudo ictericos, el examen muestra una tumoración epigástrica. En los casos que hemos observado, excepto uno, siempre los radios han mostrado en muñón gástrico normal, una boca anastomótica permeable. Estos enfermos presentan, antes que nada, una metástasis en el lecho gástrico que se traduce por el tumor palpable en el epigastrio

*Qué operación debe actualmente practicar el cirujano en presencia de un cáncer habitual antro pilórico.*

Ya conocemos el bajo porcentaje de supervivencia que puede obtenerse con la operación standard, resultado desconsolador. Es necesario ampliar la gastrectomía teniendo en cuenta los hechos recientemente sugeridos, adquiridos o demostrados.

La gastrectomía debe extenderse al duodeno.—Pensamos que para mayor seguridad, el cirujano debe reseca todo el duodeno situado a la izquierda de la arteria gastro duodenal.

La gastrectomía debe extenderse hacia atrás.—Los hallazgos del Memorial Hospital imponen la resección sistemática del bazo y cola de páncreas con el fin de extirpar los ganglios de esa región.

La gastrectomía debe, en fin, extenderse hacia arriba.—A este respecto los gastrectomistas se separan en dos grupos, los que preonizan la total de principio y los que se contentan de una sección alta del estómago en zona aparentemente sana.

La total de principio es a priori la solución más adecuada. Suprime fácilmente los ganglios altos del estómago; suprime el muñón gástrico, lugar en el cual se observan recidivas con frecuencia discutida. Esta intervención, en su modalidad de principio, tiene muchos partidarios. Lahey (31,32), Lortat-Jacobo (30), etc.

También tiene adversarios de la prestancia de Remine (40), Longmire (26), etc. En realidad, la total de principio no ha proba-



do todavía ser superior a la subtotal en los cánceres bajo y poco avanzados del estómago.

La mortalidad operatoria es en muchas series recientes, comparables a la de la subtotal, serie de Lahey (31), de 64 casos, acusa una mortalidad de 9.4 %.

El porcentaje de supervivencia de 5 años constituye el punto esencial. Las estadísticas publicadas hasta hoy comprenden muchos casos de indicación de necesidad; casos muy avanzados. Así Lahey (31) que, con subtotal obtiene una supervivencia de 22.3%, en su serie de total sólo obtiene 12.5 %. Este autor especifica claramente que la mayoría de sus casos eran cánceres avanzados.

En la serie de Remine y Pristley (40) de la Mayo Clinic, hay que destacar que en 10 casos, la total fué efectuada por lesiones malignas de la mitad inferior del estómago; y sólo dos de esos operados sobrevivió 5 años.

Esos autores concluyen que en lesión de la parte baja del estómago, la total no ofrece mayor chance de supervivencia larga que una adecuada resección subtotal.

En realidad, nada puede anticiparse. Es necesario esperar amplias series comparativas, para tener una opinión definitiva.

Además, la gastrectomía total no es una operación fisiológicamente anodina. Las opiniones sobre el estado del gastrectomizado total van, del optimismo de Lefevre (27), quien dice que el gastrectomizado puede siempre trabajar y gozar de la existencia como un individuo normal, al pesimismo de Longmire (26), que piensa que la enfermedad post-operatoria es tal que esta intervención no debe ser efectuada sistemáticamente. Remine (40), estudiando el estado fisiológico de sus gastrectomizados totales, supervivientes de 5 años o más, encuentra: que el 50 % puede trabajar; que el 25 % sólo puede trabajar algunas horas, y que el 25 % están inválidos. Este autor con gran sentido humano, añade que el fin de una intervención no es dejar vivo al paciente, sino también en condición de que esté contento de vivir.

Es innegable, a pesar de algunas opiniones optimistas, que la supresión completa del estómago ocasiona, en elevado porcentaje de casos, graves disturbios nutritivos. Fauvert, Lortal-Jacob, Hartmann y Rene (15) afirman que el síndrome de agstra comprende: déficit ponderal más reductible, deficiencia de la absorción de lípidos; disminución importante de las reservas protéicas, que pue-

den llegar a un estado crítico cuando, a este agotamiento protídico, se asocia una disminución de la masa sanguínea para realizar un estado de shock crónico.

La realidad de estos disturbios es tan cierta, que los cirujanos se ingenian a terminar la gastrectomía total, construyendo un nuevo estómago con intestino grueso, o mejor delgado. La técnica de Mouchet y Gamey (34) que efectuamos actualmente, nos parece la mejor. Estas operaciones plásticas, asociadas a un severo control dietético, creemos podrán resolver satisfactoriamente el problema biológico de la gastrectomía total. Entonces esta operación mostrará su superioridad sobre la subtotal, haciendo desaparecer ese porcentaje discutido de recidivas en el muñón gástrico.

Si se estudia sin apasionamiento la realidad del problema planteado por el cáncer gástrico, hay que concluir desgraciadamente, que si la total ampliada hacia el duodeno, bazo, cola del páncreas, debe a priori mejorar el pronóstico, en proporción, todavía desconocida, esta intervención no puede resolver enteramente el grave problema de las recidivas y metástasis.

Todas admiten, porque la experiencia lo ha demostrado, que muchos cánceres del estómago aún pequeños, libres y sin adherencias, ya han dado metástasis en el momento de la intervención. No nos referimos a la adenopatía palpable que se encuentra en muchas piezas operatorias, sino a la metástasis microscópica en variados lugares del territorio ganglionar. Si se tiene en cuenta la distribución de los linfáticos del estómago, magistralmente descrita por Cúneo, y citada casi textualmente por la mayoría de los autores contemporáneos, se comprende la inmensa dificultad que existe para efectuar una cirugía regional.

Coller, Kay y Mc Intyre (12) encuentran que el grupo gástrico inferior que drena parte de los linfáticos del píloro, está invadido en 65% de casos. Estos linfáticos, según esos autores, son, en su mayor parte, técnicamente inseparables de la cabeza del páncreas. Si esos ganglios o linfáticos están invadidos, la total fracasará por recidivas en el lecho gástrico.

Thomsen y Robins (45), insinúan que a la gastrectomía debe asociarse una duodeno pancreatoma total. Mac Donald y Kotin (35), basados en los mismos argumentos insisten en la necesidad de reseca el duodeno y páncreas, si se quiere realizar una verdadera linfadenectomía radical.

Esta operación, por su gravedad operatoria, y sobre todo por sus considerables repercusiones fisiológicas no ha sido, creemos, efectuada por ningún cirujano como operación de principio de cáncer gástrico poco avanzado.

Esperando realizaciones más efectivas en el campo de la nutrición en los "amputados del abdomen", el cirujano debe y está obligado a practicar en el caso del cáncer gástrico habitual, intervenciones amplias, pero teniendo muy en cuenta las repercusiones fisiológicas de ellas. Existe pues, actualmente un impase en la cirugía del cáncer gástrico.

#### CONCLUSIONES

1º—En este artículo, el autor presenta su casuística personal comprendiendo 72 gastrectomías subtotales.

2º—Los resultados obtenidos actualmente en la cirugía del cáncer gástrico por la gastrectomía subtotal son diversamente apreciados. Algunos dicen que esta intervención da "excelentes resultados". Otros afirman que los resultados son tan malos que puede decirse que el cáncer del estómago "no tiene solución".

La realidad es que, en excelentes series, sobre 100 pacientes examinados, sólo alrededor de 10-15 viven más de 5 años. Sobre 100 gastrectomizados, el promedio de supervivencia de más de 5 años, es alrededor de 20-30%. Lo que es lo mismo, el 80-70% mueren antes de los 5 años.

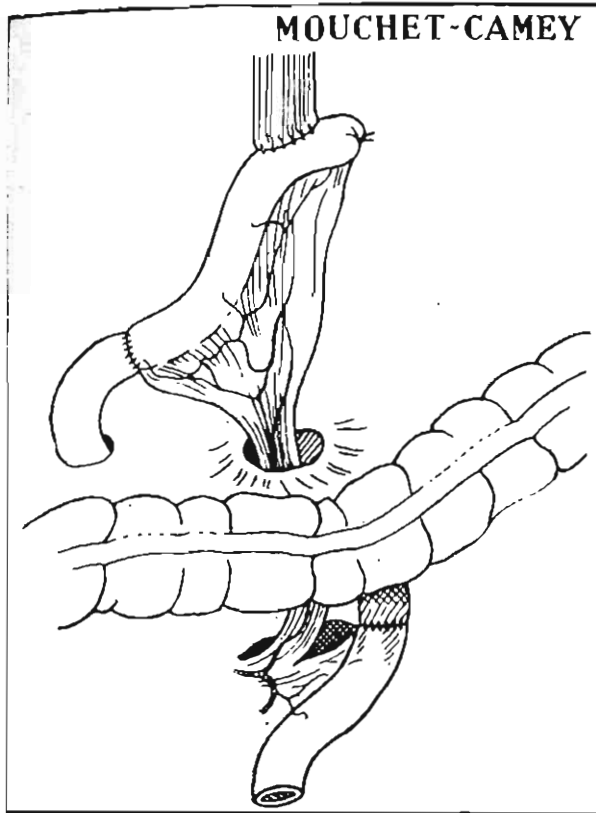
3º—La causa del fracaso de la subtotal es la recidiva en los muñones, sobre todo gástrico, y la metástasis local, sobre todo en el lecho gástrico.

4º—La gastrectomía subtotal fracasa, la mayoría de las veces, en el control local del cáncer.

5º—Muchos han preconizado la gastrectomía total de "principio" en todo cáncer gástrico.

6º—Esta intervención es seguida, en elevado porcentaje, de casos de graves disturbios nutritivos. Para mejorar el pronóstico funcional inmediato se preconiza actualmente operaciones plásticas. El autor piensa que toda total debe ser terminada con una intervención plástica. La mejor en el juicio del autor es la de Mouchet.

Los resultados funcionales parecen ser excelentes. Falta, sin embargo, la prueba del tiempo.



7º—¿Qué esperar de la total de "principio"? Esta intervención hará desaparecer la recidiva en el muñón gástrico. Pero este porcentaje es muy discutido; insignificante para muchos, si se secciona el estómago lejos del cáncer. Es necesario establecer amplias series comparativas en cáncer poco avanzado para juzgar definitivamente.

8º—En el cáncer gástrico, el problema esencial es el de la metástasis locales en el lecho gástrico. Toda gastrectomía total o subtotal debe comprender la extirpación del bazo y la cola del páncreas, para extirpar los ganglios de esa región que, en algunas series, se encuentran microscópicamente invadidos en el 50 % de los casos.

9º—La intervención lógica sería asociar a la gastrectomía una duodeno-pancretomía total. Operación irrealizable actualmente como indicación de "principio" (no de necesidad) a causa de sus repercusiones fisiológicas considerables.

10º—¿Sería esta la operación ideal? Ella dejaría sin embargo, entre otros, los ganglios del pedículo hepático.

11º—El diagnóstico precoz del cáncer es indispensable, para mejorar los muy mediocres resultados obtenidos actualmente. Aumentando el porcentaje de reseccabilidad aumentaría el de supervivencia, considerando el total de enfermos examinados. Por eso, debe operarse toda úlcera gástrica.

12º—Una realidad. El diagnóstico de cáncer incipiente. ¿Es el comienzo de todo cáncer gástrico, o sólo se observa en ciertas variedades de cáncer gástrico? difícil de concluir.

Este cáncer incipiente cura casi en 100 % de los casos con una simple gastrectomía subtotal.

#### REFERENCIAS

- 1.—ALBOT, G.; MAGNIER, F.: *Arch. Mal. App. Digestif.* 37: 212 - 222 - 1948.
- 2.—ALBOT, TOULET, J.: *Arch. Mal. App. Digestif.* 40: 5 - 41. 1951.
- 3.—ANTHUN: *Acta Chir. Scand.* 104: 1 - 3. 1952.
- 4.—ANDERSON, A. D.; DOCKERTY, M. B.; GRAY, H. K.: *Sur. Gynec., & Obst.* 95: 85-91. 1952.
- 5.—BLOMQUIST, H. E.: *Acta Chir. Scand. Supp.* N° 178.
- 6.—BOCKUS, H. L.: *Gastroenterología*. Salvat, edit. Barcelona, 1948.
- 7.—CARRILLO MAURTUA, LUIS: *El Perú Médico.* 2: 194. 1951.
- 8.—CARRILLO MAURTUA, LUIS: *Anal. de la Fac. de Med. de Lima.* 35: N° 1 - 1952.
- 9.—CARRILLO MAURTUA, LUIS: 7º Congreso Interamericano de Cirugía. Lima, 1950.

- 10.—CARRILLO MAURTUA, LUIS: 8º Congreso Peruano de Cirugía. Lima, 1954.
- 11.—CARRILLO MAURTUA, LUIS: Arch. Per. de Patología y Clínica. Vol. 8. 1954.  
Págs. 177-206.
- 12.—CITTERIO, L.: Arch. Mal. App. Digestif. 40: 342-355. 1951.
- 13.—COLLER, E. G.; KAY, E. B. Mc INTYRE, R. S.: Arch. Surg. 43: 748, 1951.
- 14.—COOPER, W. A.: Sug. Clin. North Amer.
- 16.—FAUVERT, R.; LORT-JACOB, J. L.; HARTMAN, L.: Arch. Mal. App. Digestif. 40: 565-583. 1951.
- 17.—GEFFROI, I.; JOUANNEAU, F.: Arch. Mal. App. Digestif. 40: 76-86. 1951.
- 18.—GIRMES, C. F.; BELL, H. G.: Surg., Gynec. & Obst. 90: 359-271. 1950.
- 19.—GUTMANN, R. A.: Le cancer de l'estomac au debut. Doin edit. Paris.
- 20.—GUTMANN, R. A.: Arch. Mal. App. Digestif. 39: 90-1950.
- 21.—GUTMANN, R. A.: Arch. Mal. App. Digestif. 39: 85-89. 1950.
- 22.—GUTMANN, R. A.: Arch. Mal. App. Digestif. 39: 757-783. 1950.
- 23.—GASSET, JEAN: Pathologie des confins médico-chirurgicaux, Masson Edt. Paris, 1944.
- 24.—GUISS, I. W.: Surg. Gyn. Obst. 93: 313-331. 1951.
- 25.—JEMERIN, E. F.; COLP, R.: Surg. Gynec. & Obst. 95: 99-112. 1952.
- 26.—KIRKLIN: Radiology. 22: 131. 1934.
- 27.—LONGMIRE, W. P. Jr. Surg. Gynec. & Obst. 84: 21. 1947.
- 28.—LEFEVRE, G.: Arch. Mal. App. Digestif. 38: 808-811. 1949.
- 29.—LAMBLING, A.; GUILLARD, J.: Arch. Mal. App. Digestif. 37: 661-689. 1948.
- 30.—LAMBLING, A.: Arch. Mal. App. Digestif. 39: 836-856. 1950.
- 31.—LORTAT-JACOB, J. L.: 53 Congres Francais de Chirurgie. 1950.
- 32.—LAHEY, F. H.; MARSHALL, S. F.: Ann. Surg. 132: 540-560. 1950
- 33.—LAHEY, F. H.: Surg. Gynec. & Obst. 90: 246. 1950.
- 34.—MC NEER, G.; VANDENBERGH, H.; DONN, F.; BOWDEN, L.: Ann. Surg. 134: 2-17. 1951.
- 35.—MOUCHET, A.; CAMEY, M.: Arch. Mal. App. Digestif. 42: 621-630. 1953.
- 36.—MAC DONALD, I.; KOTIN, P.: Surg. Gynec. & Obst. 98: 148-152. 1954.
- 37.—PACK, G. T.; MC NEER, G.: Surgery. 24: 769-778. 1948.
- 38.—PALMER, W. L.: Bull New-York Acad. 26: 527-537. 1950.
- 39.—QUENU, J.; PERROTIN, J.: Revue de Chirurg. 130-150. 1952.
- 40.—RACHET, J.; BUSSON, A.: Arch. Mal. App. Digestif. 225-228. 1948.
- 41.—REMÈNE, W. H.; PRIESTLEY, J. T.: Surg. Gynec. & Obst. 94: 519-525. 1952.
- 42.—RAFF, A. B.; KELLEY, G. E.: (Citado por Mac Donald, Kotin).
- 43.—RANSON, H. K.: Surg. Gynec. & Obst. 96: 275. 1953.
- 44.—SWYNNERTON, B. F.; TRUELOVE, S. G.: Brit. Med. Journal. 1: 287. 1952.
- 45.—STATE, D.; MOORE, G.; WANGENSTEEN, O. H.: J.A.M.A. 135: 262-267. 1947.
- 46.—THOMSON, F. B.; ROBINS, R. E.: Surg. Gynec. & Obst. 95: 341. 1952.
- 47.—WAITMAN, W.; BERKSON, J.: Ann. Surg. 137: 884. 1953.
- 48.—WELSH, C. E.; ALLEN, A. W.: New. Eng. J. M. 238: 583. 1948.
- 49.—ZIMMINGER, M. M.; COLLINS, W. T.: Ann. Sur. 130: 557. 1949.