

Gastrectomía Parcial Por Cáncer Del Estómago

Escribe: Dr. Juan MONTO YA ALVAREZ

El día 12 de Noviembre del presente año, fui llamado con urgencia para atender a la señora Juana Lozano, quien estaba en estado de suma gravedad. Al encontrarme junto a su lecho, comenzó por contarme que hacía un año le había principiado la enfermedad por un dolor sordo en la región epigástrica, dolor continuo, que presentaba con mucha frecuencia períodos de exacerbación: al mismo tiempo sentía llenuras y aversión para los alimentos grasos, la ingestión de éstos aumentaba dicho dolor. Falta de apetito y pérdida de peso han sido síntomas de aparición simultáneos.

De seis meses a esta parte la intensidad de estos síntomas ha aumentado gradualmente, en tal forma que la enferma ha tenido necesidad frecuente de provocarse vómitos para sentir bienestar: vómito que actualmente es espontáneo y casi continuo, pues vomita la mayor parte de los alimentos. Desde esta última fecha, notó la presencia en el epigastrio de un tumor que ha crecido gradualmente, siendo poco doloroso, tanto espontáneamente como a la palpación. Además los vómitos le han aumentado en tal forma que le hacen imposible la alimentación sólida, pudiendo alimentarse únicamente con líquidos y a cucharadas. Acusa estreñimiento desde el principio de la enfermedad, evacuando cada seis días materias negruzcas.

Desde el principio ha estado bajo tratamiento médico, "con uno de esos mal llamados médicos judíos," que nuestra Facultad tiene ejerciendo con permiso indefinido, quien la tuvo sometida a medicamentos de charlatanería. Después de seis meses de criminal farsa, la enferma es declarada incurable, y entonces va en consulta con nuestro consocio Doctor Pereira, quien le diagnostica radiológicamente un cáncer en el estómago y le aconseja intervención quirúrgica.

En el momento del examen me encuentro con una enferma completamente desnutrida, que tiene 15 días de estar vomitando, todo líquido que toma, y más de un mes de no tomar alimentos sólidos, los vómitos son alimenticios y mucosos, más que vómitos son rejurgitaciones de todas las secreciones estomacales. En el epigastrio se palpa un tumor del tamaño de una naranja, de consistencia dura, poco doloroso, de superficie lisa y bastante móvil, que puede desplazarse en toda la zona comprendida entre una línea que va del punto cístico al ombligo y la línea medio epigástrica.

El examen de los demás órganos y aparatos no revela nada de anormal.

Los antecedentes personales y familiares, no dan ningún dato interesante.

Después de este examen, hago saber a la enferma, que tiene un tumor en el estómago, y que el vómito, para lo que reclama insistentemente una medicina, es debido al obstáculo que le produce el tumor al paso de los alimentos, que la única medicina para ella no es más que la intervención quirúrgica, ofreciéndome a practicarla gratuitamente en mi servicio del Hospital General. En estas condiciones es internada dos días después en el Hospital en donde se le hace nuevo examen físico, de órganos y aparatos sin encontrar nada especial.

Como antecedentes genitales, encuentro: primera menstruación a los 13 años, tipo 28/3; menopausia hace 5 años: 3 embarazos a término.

Ginecológicamente: matriz en retroversión, fondo de saco de Douglas y laterales libres.

Exámenes complementarios: Por no prestar ayuda el servicio de rayos X (los que se encontraban descompuestos), me vi privado de una investigación radiológica reciente; conformándome con el diagnóstico radiológico hecho hacía seis meses por el Doctor Pereira, quien había diagnosticado Cáncer del estómago.

El examen del contenido gástrico fue positivo por sangre .oculta, marcando notable disminución del ácido clorhídrico total.

La reacción de Khan, negativa.

Su orina normal química y microscópicamente.

La cantidad de glóbulos rojos de tres millones.

La de blancos 6.800

La cantidad de hemoglobina de 65 %

El tiempo de coagulación de 6 minutos.

La fórmula Leucocitaria:

P. N. 66%

L. 30%

G. M. 4%

La úrea en la sangre 20 miligramos%

Su presión arterial Mx 110-Mn 60

Diagnóstico **preoperatorio**: con estos datos hago el diagnóstico de cáncer del estómago, y decido hacer una exploración operatoria. Después de un preoperatorio a base de antianémicos tónicos, hemostáticos y sedantes: la paciente es llevada a la sala de operaciones el 18 del mes de noviembre pasado: decido operarla con raquianestesia, con una presión arterial antes de inducir la anestesia de 110 para Mx y 60 milímetros de mercurio para Mn. Presión que se **sostiene** durante el acto operatorio, comprobada cada diez minutos. Inmediatamente después de inducir el anestésico, se le hace una transfusión de 350 gramos de sangre citratada disuelta en igual cantidad de suero Ringer por el método de goteo continuo. Luego hago una incisión supra-umbilical de la punta del apéndice xifoides al ombligo, y al solo abrir el peritoneo me encuentro con un tumor del tamaño antes dicho, localizado sobre todo en la cara anterior y curvatura mayor del estómago; el tu-

mor está libre y es fácilmente exteriorizable. Al nivel de la curvatura menor y del antro pilórico, se pueden observar varios ganglios infartados, pero el hígado, el ombligo, y demás órganos vecinos no presentan lesiones metastásica macroscópicas.

Hasta este momento no había hecho **elección** del procedimiento a seguir, aunque tenía en mi mente las diferentes técnicas descritas para tal fin, fue entonces cuando decidí por hacer un Billroth II Retrocólico-Oral, también llamado operación de Polya que consiste como todos ustedes saben, en la resección parcial del estómago, seguida de la oclusión del duodeno y de una: gastroyunostomía terminolateral retrocólica.

Mediante este procedimiento pude hacer la extirpación del **tumor**, llevándome dos terceras partes del estómago, terminando con una minuciosa enucleación de las propagaciones ganglionares. El acto operatorio duró dos horas quince minutos, sin accidentes de ninguna naturaleza: siendo trasladada la enferma al servicio, en donde con excepción de un vómito que tuvo las primeras seis horas, su pos-operatorio fue notable. 24 horas después se le hizo nueva transfusión sanguínea y durante cuarenta y ocho horas se le inyectó suero fisiológico y cuatrocientas mil unidades de Penicilina. Luego empezó a alimentarse, levantándose el sexto día, dándole su alta doce días después ya bastante restablecida. El día de ayer 5 del presente fue citada con objeto de hacerle un control radioscópico, y el informe del Radiólogo Doctor Alfredo Midence, fue que la boca Anastomótica funcionaba perfectamente bien. Hoy tuve ocasión de ver fluoroscópicamente dicha enferma y pude apreciar que el bario pasa sin dificultad ninguna del estómago al Yeyuno.

Comentarios: Todos los médicos sabemos que la base principal del tratamiento satisfactorio del cáncer del estómago, estriba en el diagnóstico precoz; en el caso presente el diagnóstico fue hecho bastante tarde, y la exploración operatoria más tarde aun todavía, esto fue debido, a que a la enferma no se le trató de hacer saber su estado de gravedad, y siempre fueron complacientes con ella al hacerle terapéutica paliativa; yo creo que estamos en la obligación de hacerles ver a nuestros enfermos la gravedad de sus casos, y negarnos a seguirles prestando cuidados médicos cuando nuestras indicaciones no son atendidas, pero nunca complacerlos satisfaciendo sus deseos con medicamentos paliativos en perjuicio de su salud.

Desde el punto de vista del diagnóstico **nosotros** estamos en la obligación de desplegar todos nuestros conocimientos, de valernos de todos los métodos de exploración, laboratorios, Rayos X, etc., con el fin esencial de identificar el cáncer en sus fases iniciales o en sus formas obscuras para no tener que vernos en el doloroso caso de intervenir enfermas en estados avanzados.

El médico competente no espera que aparezcan síntomas definidos, de un cáncer del estómago para efectuar exploraciones radioscópicas o gastroscópicas, sino que las efectúa a la menor