

*Sección Clínica*

## ***La Ocurrencia Independiente de Ulcera y Cáncer en el Mismo Estómago***

*Por: Dr. SILVIO R. ZUÑIGA*

M. I. C. de 44 años, labrador, originario y procedente de Orica (F. M.), amparado con el N° 34779, ingresa el 8 de diciembre de 1964 al Servicio de Medicina de Hombres del Hospital General por "dolor epigástrico".

E. A. Paciente cuya enfermedad la relaciona con la última borrachera que tuvo hace 3 meses, época desde la cual viene acusando sensación de hiperacidez gástrica, la cual es casi permanente pero se acentúa con la ingesta de alimentos. Concomitantemente con la aparición de este síntoma notó la instalación de un dolor epigástrico de intensidad moderada, preprandial, con sensación de hambre, el cual se calma con la ingesta de alimentos, especialmente leche, así como alcalinos, lo cual lo obliga a ingerirlos varias veces en el día. Sin embargo, manifiesta que estos alimentos que le calman el dolor, aproximadamente después de media hora de ingeridos, se le "agrian" en el estómago, provocándole o aumentándole la acidez que padece en forma casi constante. Este hecho lo ha obligado, sobre todo en los últimos días, a limitar los alimentos, tanto en calidad como en cantidad.

Manifiesta además que su enfermedad ha evolucionado con náuseas, lo que en no pocas ocasiones lo ha obligado a provocarse el vómito, expulsando a veces alimentos no digeridos y a veces material color café claro, de aspecto ligofo y sabor ácido, o que en cierto modo tiene un efecto calmante de sus molestias. Niega vómitos sanguinolentos o melena.

Refiere eructos ácidos frecuentes y sensación de distensión abdominal, por lo cual a veces tiene necesidad de aflojarse la faja. También acusa alteraciones en sus hábitos intestinales evacuando sólo cada 5 días (antes lo hacía diariamente), siendo las materias fecales duras, de color amarillento y poco fétidas. Niega diarrea o fiebre y no recuerda otros síntomas. Acusa pérdida de peso aproximada de 14 libras.

Al iniciarse su enfermedad vino a la Consulta Externa de este hospital, donde le prescribieron unas pastillas blancas y unas gotas, sin experimentar mejoría con las mismas.

*Enf. Ant.* En su infancia: fiebres eruptivas, fiebre tifoidea en 1941, malaria en 1943, gonorrea dos veces, chancro blando con bubón en 1944.

*Hist. Hosp.* En noviembre de 1963 estuvo interno en Medicina de Hombres de este hospital, habiendo egresado con el diagnóstico de "Artropatía Gotosa Incipiente". El estudio del protocolo de ese internamiento da los siguientes datos: Ht-46 Vol. %, Hgrl2, 6 mgm, %, NNP-40 mgm. %, Creatinina-2.05 mgm. %, Eritrosedi-

mentación-21 mm/h. Ácido Úrico-8,15 mgm. % y en una segunda ocasión 9,55. Estuvo interno 10 días y durante ese período se hizo estudio histológico de una tumoración yuxtaarticular, resultando un tofo. Recibió como tratamiento 2 tabletas de aspirina cada 4 horas, Benemid 1 tableta b. i. d. por los 6 últimos días. Se le dio el alta como mejorado indicándole regresara a Consulta Externa después de 1 mes. En el historial de ese internamiento no hay datos de queja gástrica. No regresó a consulta por total remisión de su sintomatología articular, la cual no ha vuelto a presentarse.

*Hábitos.* Fuma 5 cigarrillos diarios. Ingiere aguardiente por lo menos una vez al mes hasta embriagarse; generalmente bebe 3 días seguidos pero ingiere alimentación mientras tanto; este hábito alcohólico lo tiene desde hace 23 años.

Resto de anamnesis no es contribuyente.

#### *Examen físico*

Su edad cronológica coincide con la biológica; psiquis despejado, coopera al interrogatorio, orientado en tiempo y espacio, regular estado nutricional, luce crónicamente enfermo y su marcha es normal.

150/85 R17. P-68 p. p. m. T-37°C. Peso-132 lbs. Talla-1,62 m. El

examen físico es negativo hasta llegar a

Abdomen: plano, con cicatriz umbilical normal. Indoloro a la palpación superficial, levemente doloroso a la palpación profunda en epigastrio. No hay masas palpables ni visceromegalia. Percusión y auscultación normales.

En codo izquierdo se evidencia un tofo subcutáneo de 2 cm. de diámetro y en la articulación metatarsofalángica derecha se aprecia discreta deformidad indolora.

El resto del examen no aporta datos.

El diagnóstico de ingreso fue 1) Úlcera péptica y 2) Carcinoma gástrico.

#### *Exámenes complementarios*

8-XII VDRL-0 Orina-0 NNP-30,5 mgm.% Glucosa-II0 mgm. % Creatinina-1,65 mgm.% B-6.700 Hg 13,6 Ht-46 vol.% N-65 E-3 L-34.

9-XII Sangre oculta positiva en heces. Heces-0 por parásitos. -

10-XII Acido úrico-7,25 mgm.%.

Contenido gástrico: No hay acidez en la 1\* muestra; en la 2\*, obtenida con estímulo histamínico, dio 20° de HCl libre, 6° de HCl combinado con una<sup>1</sup> acidez total de 26°. En la 3\* se obtuvo 30° de ácido libre, 7,5° combinado y 37,5' de acidez total.

11-XII Tránsito G-D: "En el estómago existe una lesión obstructiva en el píloro que impide casi por completo su vaciamiento y después de 24 horas de administrado el bario aún persiste en el estómago la mayor parte. Impresión : posible carcinoma del estómago; como segunda posibilidad conviene considerar la de una úlcera duodenal crónica.—Dr. J. Rivera".

Fui consultado por el Dr. Jesús Rivera h. y con fecha 14-XII puse la siguiente nota: "Estamos de acuerdo con el Dr. Rivera h. en que es necesaria una laparotomía para curar o aliviar el síndrome pilórico acondicionado por estenosis cicatricial o por neoplasia maligna. Se suplica hacer terapia antigotosa preoperatoria.—Dr. S. R. Zúñiga".

Desde esa fecha se indicó Butazolidina, 1 ampolla I. M. cada 12 horas y el 16 fue intervenido operatoriamente utilizando anestesia general endotraqueal (Brietal Eter-0. Los datos más sobresalientes comprobados durante el acto operatorio fueron: acentuada dilatación gástrica, región pilórica recubierta por epiplón mayor, induración del área prepilórica que se encontraba libre de adherencias a regiones vecinas, ausencia de infarctaciones ganglionares locales e indemnidad de las vísceras abdominales. Sin ninguna dificultad técnica se practicó gastrectomía con omentec-tomía restableciendo la continuidad con anastomosis término-lateral.

Su postoperatorio fue normal y durante 6 días se continuó terapéutica antigotosa fuera de las medidas habituales en gastrectomizado.

El informe anatomopatológico de la pieza operatoria fue el siguiente: "En la curvatura menor se observa en la mucosa una ulceración excavada, redonda, con margen prominente, que mide 2,5 x 2 x 0,8 cm., con base dura, de color grisáceo y que al cortarla parece extenderse profundamente sobre la pared del estómago, formando un tejido grisáceo<sup>1</sup>, duro, de aspecto neoplásico; la úlcera se encuentra situada a 10,5 cm. de la sección distal. El estómago se encontraba completamente lleno de restos de alimentos debido a la obstrucción pilórica completa, producida por una lesión ulcerada midiendo 3 x 2,5 cm. y que ocupaba toda la circunferencia de la región pilórica; la lesión tenía un margen hiperémico, duro y prominente y una base irregular y dura. La mucosa duodenal mide 1,5 cm. de largo. Disección cuidadosa de la curvatura menor reveló únicamente un ganglio de 4 x 4 mm. Disección de la grasa de la curvatura mayor demostró 2 ganglios de 2 x 1 mm. MICRO: Cortes de la úlcera de la curvatura revelan una base con inflamación aguda y deposición de material necrótico y fibrinoide; debajo de esta superficie hay proliferación fibroblástica que se extiende a la muscular, combinada con presencia de grandes células histiocitáreas atípicas (núcleos grandes hipercrómicos) y prominentes leucocitos eosinófilos. Esta reacción también se observa en el tejido graso de la serosa. Cortes de la región ulcerada pilórica revelan franco tejido neoplásico glandular diferenciado que invaden la submucosa y toda la pared muscular. Hay reacción inflamatoria alrededor del tejido neoplásico. Cortes de los ganglios no revelan tejidos neoplásicos y lo mismo ocurre con cortes a nivel de la sección distal de la resección. DIAGNOSTICO: Úlcera Crónica de Estómago y 2) Adenocarcinoma Pilórico.—Dr. V. Cardona López".

Al paciente se le dio de alta el 23-XII en buenas condiciones generales y con restablecimiento de sus funciones digestivas; fue citado a concurrir a Consulta Externa para su control,

#### COMENTARIOS

Hemos considerado digno de ser informado el presente caso porque en nuestra vida profesional es la primera vez que comprobamos la coexistencia independiente de las dos patologías en el mismo estómago. Hemos interrogado a colegas que se dedican a afanes quirúrgicos y únicamente el Dr. José Gómez-Márquez G. nos informó haber tenido<sup>1</sup> uno con cierta similitud, con la diferencia que en su caso (que ameritaba haber sido objeto de un informe) la úlcera péptica, radicaba en

estómago y la neoplasia maligna residía en el duodeno. Inútilmente hemos buscado literatura reciente sobre el tema y el Index Médico, a partir de 1960, no da ninguna referencia. La mayoría de los libros de texto de Cirugía, Medicina Interna, Patología y Gastroenterología se extienden en consideraciones sobre el debatido problema de la transformación maligna de una úlcera benigna, hipótesis que parece no ha sido aceptada en totalidad ("los cánceres suelen ulcerarse, las úlceras rara vez se cancerizan") y que no corresponde al caso objeto de este informe.

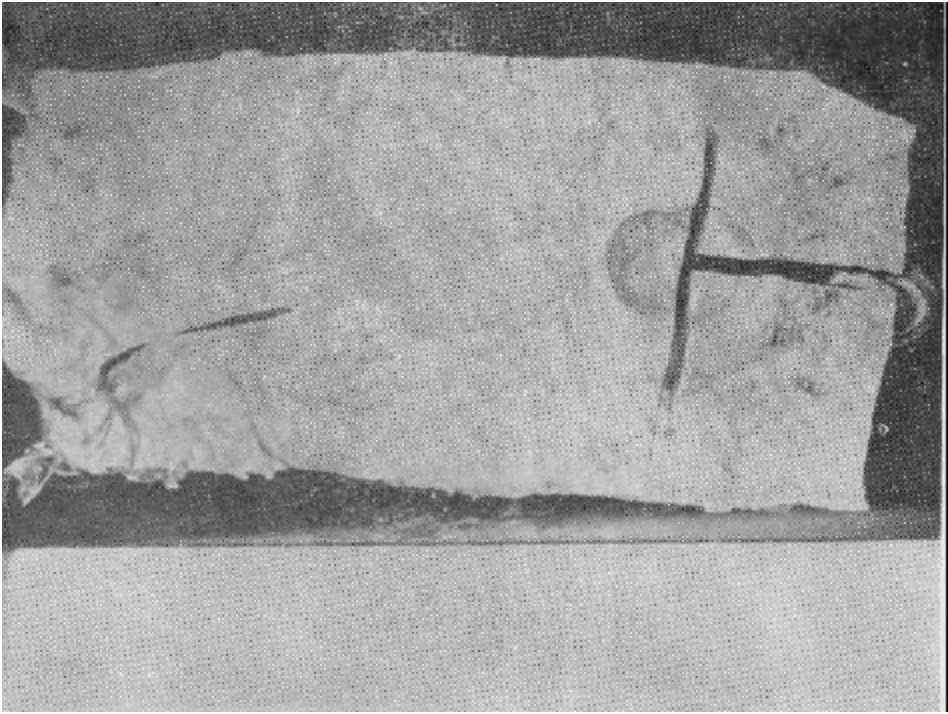
A continuación se da la escasa literatura que hemos logrado coleccionar. Bockus y Bank (1) informaron en 1931 tres casos de úlcera péptica gástrica en la cara posterior del estómago, cerca de la curvatura menor, acompañada de hiperclorhidria y obstrucción pilórica que se demostró era consecutiva a una lesión roaligna del píloro, usualmente del tipo escirro. Las distancias que separaban ambas lesiones, quedando mucosa sana entre ambas, eran de 1-1/2 y 2-1/2 pulgadas, respectivamente.

Yarnis (2) informó en 1947 otros 3 casos ocurridos en el Mount Sinai Hospital de Nueva York, de los cuales dos tenían el cuadro clínico de malignos y el tercero aparentaba ser sólo una úlcera crónica. La acidimetría gástrica demostró hipoacidez (HG1 Libre-16, Acidez Total-38-40) en los dos primeros e hiperacidez (56 y 70 respectivamente) en el tercero, utilizando la comida de prueba de Rehffuss. Las distancias de mucosa sana que separaban las lesiones variaban entre 3,5 a 6 cm. La lesión maligna radicaba: a) en la región pilórica produciendo retención gástrica completa, b) en la cara posterior a 1,5 cm. del píloro y e) en la curvatura mayor en los 10 cm. proximales al píloro. Los dos primeros revelaron ser adenocarcinomas infiltrantes y el tercero fue un carcinoma escirrótico infiltrante. La lesión benigna radicó siempre en el ángulo entrante de la curvatura menor.

Stout (3) asegura que no puede haber duda sobre la posibilidad de la coexistencia de ambas afecciones en el mismo estómago, pero asegura que es igualmente cierto que tal posibilidad es una eventualidad rara. Informa el mismo autor que en 470 estómagos resecaados por carcinoma en el Presbyterian Hospital de Nueva York en 6 oportunidades (1,2%) se encontró una úlcera péptica crónica en un sitio gástrico riferente a la ubicación del carcinoma. Este mismo autor (4) en una Mesa Redonda sobre "La relación de la úlcera gástrica con el cáncer gástrico" había dado con anterioridad un porcentaje ligeramente más alto (6 coexistencias en 362 cánceres gástricos, o sea 1,6%).

Brown (citado por Swynnerton y col.) (5) estudió el destino de 1.130 pacientes en quienes con buenas evidencias se hizo el diagnóstico de úlcera crónica gástrica o duodenal y a quienes se les instituyó tratamiento médico: en 77 casos de úlcera gástrica sólo 1 desarrolló subsecuentemente un carcinoma gástrico y en sitio diferente de la ulceración y en los restantes 1.053, con úlceras gástricas y duodenales combinadas, solamente 9 desarrollaron carcinoma gástrico sobre la ulceración anterior.

Bockus (6) en su última edición de "Gastroenterología", dedica una pequeña sección a la coexistencia independiente de ambas lesiones gástricas y asegura que "la demostración de una úlcera gástrica que tenga las características de una lesión benigna no debe ser la causa de no considerar la posibilidad de una lesión maligna en otro sitio del estómago. Debe recordarse que la retención gástrica en asociación con una úlcera corpórica benigna no siempre es el resultado del llamado reflejo piloroespástico o de una gastritis antral concomitante. En ausencia de un defecto duodenal con marcada retención gástrica implica la necesidad de eliminar la posibilidad de una enfermedad maligna en la región pilórica".



**Fig. 1.—Vista panorámica de ambas lesiones que ocupan píloro y curvatura menor.**



Fig. 2.—Detalle de la úlcera péptica crónica a la que se le han practicado secciones para estudio histológico

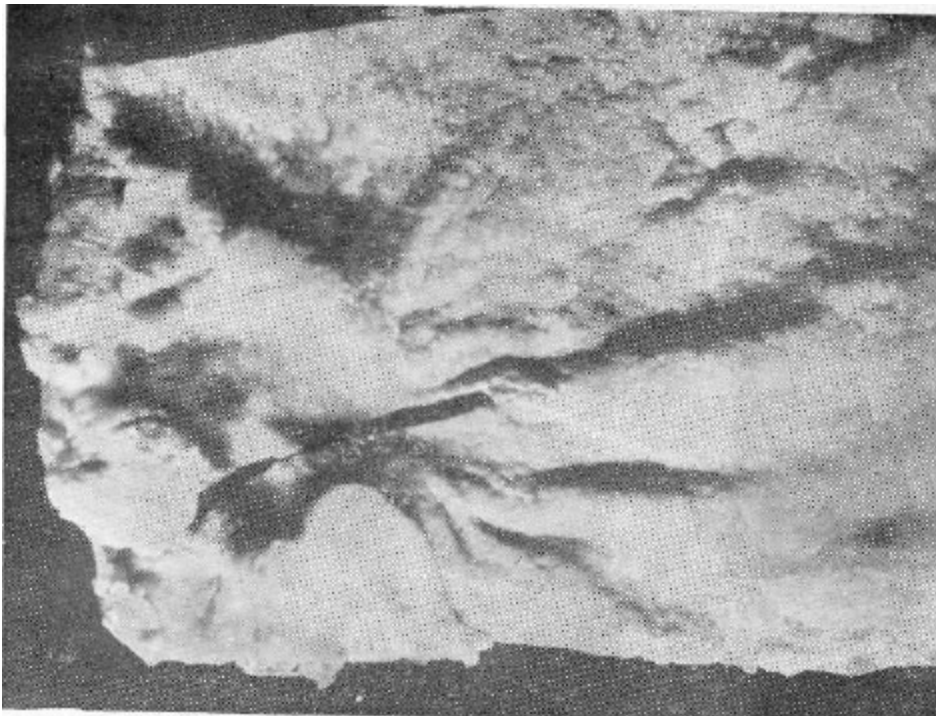


Fig. 3.—Detalle de la región pilórica estenosada y ulcerada por la neoplasia maligna

---

*R E F E R E N C I A S*

- 1.—BOCKUS, H. L. y BANK, J.: Independent Occurrence of Ulcer and Cáncer of the Stomach *M. Clin. North America* 14:869. 1931.
- 2.—YARNIS, H.: Coexisting Ulcer and Cáncer of the Stomach *Surg. Clin. North Amer.* 27:2999. 1947.
- 3.—STOUT, A. P.: Tumors of the Stomach. Armed Forces Institute of Pathology. Washington, D. C, 1953.
- 4.—SWYNNERTON, B. F.: Simple Gastric Ulcer and Carcinoma. *Brit. Med. J.* 2:1243. 1951.
- 5.—PACK, G. T.: The Relationship of Gastric Ulcer to Gastric Cáncer (Panel Dáscussion. *Cáncer* 3:515. 1950.
- 6.—BOCKUS, H. L.: *Gastroenterology*. W. B. Saunders Company, Philadelphia. 1963.