

CÁNCER GÁSTRICO INCIPIENTE

{Ojeada general}

Por Rene A. Gutmann, Médico
de Hospitales de París.

El diagnóstico del cáncer gástrico, ha alcanzado en estos últimos años, gracias a la unión de la clínica, de la radiología y de la cirugía, un grado de precocidad que, a veces, impresiona. Pero, para que los efectos de estas nuevas adquisiciones se hagan sentir, verdaderamente, en el pronóstico de esta terrible enfermedad, es necesario que los médicos que ven al enfermo en el momento en que su suerte se decide, es decir, al comienzo, conozcan cierto número de reglas generales. Estas grandes reglas, "esta táctica", son las que quisiera exponer aquí. Los detalles los encontrarán, estudiados con más extensión en un libro próximo (1).

¿En qué enfermos se debe pensar de un cáncer gástrico incipiente?

La cuestión de la edad, advirtámoslo ante todo, no tiene la importancia que se ha atribuido comunmente; el cáncer comienza, se dice, alrededor de la

cincuentena. Si yo señalo que, entre los cánceres diagnosticados y operados por mí, había dos enfermos de 22 y 25 años, en uno de los extremos de la serie y dos de 70 y 72 años en el otro, se verá que esta noción es muy incierta.

Con respecto a la clínica, pasaremos rápidamente sobre el *comienzo clásico*; el adelgazamiento, la anorexia, la palidez y los vómitos, agrupados de **diversas** maneras, tienen el privilegio de ser signos capaces de despertar sospecha.

No hay que olvidar que estos trastornos son, a veces, muy difundidos y no es raro que sea necesario dejar pasar algún tiempo, incluso meses, para poder darles su verdadera significación.

Tampoco insistiremos sobre el *tipo dispéptico*, pesantez, inflamación, mal apetito, eructos, etc., que se mejoran poco por los tratamientos, recidivan rápidamente y se agravan.

Quisiera sobre todo llamar la atención de los médicos sobre otras **manifestaciones** más engañosas todavía.

Las formas que acaban de ser citadas no son, en efecto, las más frecuentes. En la mayor parte de los casos, en que se puede hacer diagnósticos precoces, se trata de lo que he llamado el *cáncer ulceriforme*.

(1) R.-A. Guttmann, I. Bertrand: Le cancer de l'estomac au debut (*Etude clinique, radiologique y anatomo-pathologique*), 495 p., 570 fig. Doin édit., en prensa,

Se presenta bajo diversos aspectos, según que los dolores sean cotidianos, irregulares o claramente periódicos.

La forma cotidiana es la más frecuente; el enfermo sufre todos los días dolores tardíos que simulan la úlcera; pero, en lugar de terminarse espontáneamente como en la úlcera, persisten durante semanas y meses.

En la forma irregular, los dolores tardíos son intermitentes; después de uno o dos días de dolores, pasa algunos otros bien, y vuelve a sufrir de nuevo, prolongándose este estado algún tiempo.

La forma más rara (que está lejos de ser excepcional) simula, perfectamente, la úlcera; se manifiesta por accesos dolorosos de dos y tres semanas de duración que se terminan espontáneamente o bajo la influencia de una medicación anodina; recidivan después de algunas semanas y aún de tres a cuatro meses, se calman de nuevo y vuelven a presentarse persistiendo estas alternativas hasta que se hace el verdadero diagnóstico.

Nada hay de "canceroso", en el sentido clásico de la palabra, en el carácter de estos diversos estados. El apetito es, a veces, excelente; el enfermo adelgaza poco o nada; el semblante no se altera o apenas varía. Yo insisto con frecuencia sobre estos caracteres oponiéndolos, de intento, en el cáncer ulceriforme incipiente, a los que se ven con frecuencia en el curso de fuertes brotes ulcerosos benignos en los cuales la anorexia acompaña al periodo doloroso, y el enfermo adelgaza y palidece. ¡Que lejos

estamos de los esquemas clásicos!

■ Del mismo modo, es completamente inexacto oponer la fácil curabilidad del "ulcus", a la resistencia de los trastornos cancerosos. Se ve, muy frecuentemente, en el cáncer incipiente, que los dolores ceden a los tratamientos anodinos y aunque es cierto que los trastornos se presentan de nuevo bien pronto, su sedación ha bastado para dar al médico una falsa y peligrosa seguridad.

En una serie de ^{casos} semejantes a los que acabo tener en cuenta, hemos tenido la prueba evidente de que se trataba de lesiones primitivamente cancerosas.

Pero el cáncer puede comenzar también en un ulceroso antiguo. Es un problema científico y psicológico, muy interesante, pero difícil, el tratar de comprender por qué este *injerito canceroso* sobre el *ulcus* es todavía negado hoy en diversos países por muchos autores. No insisto en ello por haber estudiado extensamente en nuestro libro con I. Bertrand esta úlcera transformada. Aquí me limito a decir que ésta es una eventualidad absolutamente innegable y de una extrema frecuencia.

La úlcera puede transformarse al cabo de plazos variables. Yo he observado casos sobre lesiones ulcerosas, cuya evolución databa de 20 o 30 años y otros en que la transformación se ha hecho al fin del segundo y aún

del primer brote. En todos estos casos, lo que debe llamar la atención, desde el punto de vista clínico; es la persistencia del brote, su incurabilidad y, a veces, Wunque no siempre, los trastornos del estado general. ""Veremos que aquí, como para el cancer ulceriforme, poseemos 'eti¹-la radiología un poderoso auxiliar" para guiarnos.

Antes de estudiar los datos proporcionados por ésta, tenemos que decir algunas palabras de los diversos *métodos de laboratorio*.

El estudio del *quimismo gástrico* está, en absoluto, desprovisto de valor, para el diagnóstico del cáncer verdadero en sus comienzos. Puede estar disminuido, a menudo es normal, a veces está elevado, según, sin duda, el estado en que se encontrase antes. La anaclorhidría del cáncer fue descrita en relación con los cánceres avanzados (en los que pi5r' lo demás es inconstante); pero en los estados iniciales y sobre todo en los cánceres ulceriformes, es extremadamente frecuente que no exista y es una negligosa auimera querer fundarse en ella para esclarecer el diagnóstico.

Es necesario hacer una excepción para ciertas gastritis atróficas con anaclorhidría, que pueden transformarse en cánceres. Estos son hechos raros y muy especiales: no se refieren a la anaclorhidría del cáncer, sino al nacimiento del cáncer sobre una atrofia gástrica.

La investigación de las *hemorragias ocultas* es algo más interesante. En tanto que ellas se hacen rápida o muy rápidamente negativas en la úlcera, persisten en los cancerosos, pero no hay que creer que se posga con ello un "hilo de Ariadna". En efecto, una úlcera puede dar indicios químicos de sangre durante un tiempo demasiado largó, que sería peligroso si se tratase en realidad de un cáncer.

Por el contrario, los cánceres al comienzo, en su tipo infiltrado, no sangran y ocurre lo mismo, a menudo, en las formas de apariencia ulcerosa.

Así pues, en la práctica solo puede ser retenida en favor de la benignidad, la comprobación de hemorragias ocultas y su rápida desaparición. Tampoco es éste un signo absoluto, pues yo he visto detenerse hemorragias en casos de cánceres indudables.

La gastroscopia goza, actualmente, de un tal prestigio 'que casi no me atrevo a decir que apenas tiene valor en el diagnóstico del cáncer gástrico en su comienzo. Sin embargo, es la realidad. Personalmente yo no he hecho nunca, ni he visto hacer en mi servicio, un diagnóstico gstroscópico precoz del cáncer.

En cuanto a los cánceres diagnosticados verdaderamente en su principio por la gastroscopia, no hay en el mundo entero actualmente nada más que uno o dos trabucados (y muy incompletos). No es mucho. Esperemos pues, lo porvenir.

Por último, actualmente, no existen *métodos serológicos* seguros. Cuando son específicos, no son precoces. Cuando son pre-

coces, no son específicos. Quizá, en este terreno se llegue a hacer cosas interesantes, pero todavía no son nada más que esperanzas.

En resumen, sino fuese por la radiología estaríamos casi abandonados al azar.

Ella constituye el medio más sutil de exploración, de que disponemos para el cáncer gástrico y, también, el principal obstáculo a la generalización del diagnóstico precoz.

En efecto, hay que tener en cuenta que, aún en la actualidad, los malos clichés son infinitamente más frecuentes que los buenos. Los archivos radiológicos compuestos de imágenes borrosas, grisáceas, sin contraste, a menudo en número insuficiente y tomados en malas posiciones, constituyen, hay que decirlo claro, el punto débil de la gastroenterología. A veces una tendencia contraria hace igualmente inprovechables los clichés. Me refiero al *snobismo* del "estudio de los pliegues" y de la "comprensión dosificada", técnica complementaria bastante buena para el estudio de una deformación especial ya encontrada, pero, salvo en casos muy especiales, método execrable para el examen general del estómago.

En el cáncer incipiente, de la pequeña curvadura en particular, que es el más frecuente y en el que el diagnóstico se funda sobre pequeñas anomalías en la forma de perfil gástrico, la com-

presión, destruyendo artificialmente el contorno natural, conduce, casi seguramente, a que la lesión pase desapercibida. Estas técnicas no adquieren todo su valor nada más que cuando se trata de cánceres incipientes de las caras; pero, precisamente estos son de tal modo latentes, que el problema del diagnóstico precoz, solo se presenta en ellos de un modo excepcional.

En cuanto a la radioscopia es, en los comienzos del cáncer, insuficiente por completo. No tiene más valor que el de un débil auxiliar para el estudio de los clichés.

■ No quiero insistir aquí sobre estas cuestiones capitales, pero no puede pensarse en hacer diagnósticos precoces del cáncer nada más que con clichés clásicos, con el aro-oscuro neto, de *calidad técnica perfecta*, pues aún los clichés "bastante buenos" son más perjudiciales que útiles.

En estas condiciones ¿qué demuestran las radiografías?

lo. Un primer grupo de hechos concierne a un cierto número de pequeñas imágenes que yo, en estos últimos años, -he descrito y querido individualizar bajo diversos nombres: líneas rectas, lagunas, eminencias especiales, aspectos rígidos, ondulados, encajados, nicho en platillo, nicho sobre fondo plano, nicho en una laguna en arco, etc. Todo esto, sin embargo, poco aparente y muy limitado.

Es imposible tratar, incluso, de describir en conjunto estas imágenes: Serían necesarias muchas páginas e innumerables dibujos. Se las encontrará en nuestro libro sobre el cáncer.

■ Limitémonos a decir que para la mayor parte de estas imágenes, cuando se las observa al comienzo, el diagnóstico reposa únicamente sobre la experiencia radiológica de quien interpreta los clichés.

Es necesario no solamente reconocer estos diversos aspectos, sino también distinguirlos de las imágenes normales o subnormales de los pliegues, de las contracciones, de los aspectos inflamatorios gástricos.

De aquí que no se deba jamás afirmar la existencia de un cáncer en su comienzo, basándose en una sola serie de clichés En cuanto se ha apreciado y clasificado el aspecto anormal, es preciso instituir siempre un tratamiento activo, capaz de hacer desaparecer las imágenes inflamatorias y benignas mientras que la imagen cancerosa persiste sin cambio o aumenta. Esto nos conduce a la aplicación de la prueba terapéutica de la que hablaremos más lejos.

2o. Si en este primer grupo de hechos hemos avanzado sobre un terreno todavía poco familiar a la mayor parte de los médicos, lo contrario ocurre con el que ahora abordamos.

El enfermo es radiografiado; los clichés muestran un nicho bien neto, sobre cuyo carácter lesional no cabe duda. Su naturaleza únicamente permanece indecisa ¿cuál debe ser la conducta del médico?

Existe toda una serie de signos, clásicos o no, que contribuyen a dar al nicho un aspecto más o menos sospechoso; desde una simple presunción a una casi certidumbre. Pero ninguno es

"patognomónico" y como este artículo está destinado sobre todo a exponer el tema en sus grandes líneas, no insistiré en ellos.

De esta noción se deducen reglas generales.

En presencia de un nicho que tiene el aspecto canceroso no se tiene derecho, por esto solo, a afirmar que la lesión no sea benigna.

En presencia de un nicho que tiene el aspecto ulceroso benigno, no se tiene derecho, por esto solo, a afirmar que la lesión no sea maligna.

Veamos que consecuencias prácticas se pueden sacar de estas reservas:

1o. *Nichos de apariencia maligna.*— Es extremadamente frecuente ver enfermos en quienes se presentan, en cualquier edad, incluso avanzada, y por primera vez en su vida, trastornos gástricos, más o menos dolorosos, anorexia y adelgazamiento.

¿La radiografía muestra una imagen de nicho, a veces enorme e irregular. ¿Se debe diagnosticar "d'emblée" un cáncer y hacer operar?

Sobre la porción vertical de la pequeña curvadura, un tal conjunto clínico radiológico tiene las mayores probabilidades de ser benigno.

Así, cualquiera que sea el grado de sospecha, nunca se debe tomar una decisión sin ensayar temporalmente un tratamiento médico activo. Con mucha frecuencia se verá, con asombro, modificarse el estado general y los trastornos, disminuir en exámenes sucesivos el enorme nicho

y, finalmente, desaparecer éste en algunas semanas.

Sobre la parte horizontal de la pequeña curvatura, en las mismas condiciones, la malignidad es, por el contrario, probable, pero el cáncer no avanza con bastante rapidez para que no se tenga tiempo de hacer, durante tres a seis semanas, un tratamiento de ensayo y observar lo que ocurre, según lo que diremos más lejos.

2o. *Nichos de apariencia benigna*. — En los casos precedentes el carácter inquietante, en general, de los nichos puede, cuando más, conducir a una intervención, que un ensayo médico hubiera podido evitar; se opera y a condición, bien entendido, que no se limite a una gastroenterostomía, sino que, por el contrario, se reseque, el enfermo no pierde nada con ello y, benigna o maligna, es desembarazado de su lesión.

Los casos a que nos referimos ahora son diferentes por completo.

En efecto, del mismo modo que, clínicamente, el cáncer puede simular la úlcera, radiológicamente puede comenzar por un nicho muy pequeño cuyos caracteres malignos solo llaman la atención de los radiólogos muy experimentados, pues a veces, incluso, está desprovisto al principio de todo carácter sospechoso. Estas eventualidades son mucho más frecuentes sobre la parte horizontal, desde el ángulo gástrico, comprendido éste, que sobre la parte vertical.

Se podría pensar que, en la práctica, es muy fácil evitar estos diversos motivos de error.

¿Qué importan en el fondo todos estos matices? No hay más que tratar al enfermo. Según que los trastornos que acusa desaparezcan o no, la lesión da la prueba de su benignidad o de su malignidad.

Desgraciadamente no hay nada de esto. No existe, en el comienzo del cáncer un paralelismo obligado entre los síntomas y la lesión.

Si en ciertos casos los trastornos persisten a pesar de los tratamientos, hay otros en los que, cuando se les trata, todo parece arreglarse. Pero bajo esta máscara favorable, la lesión persiste y continúa progresando.

De esta noción capital resulta que, solo puede permitir el diagnóstico, el control radiológico sucesivo.

Conducta práctica. — Cuando un enfermo sufre del estómago o presenta síntomas que puedan estar en relación con un cáncer incipiente, debe ser radiografiado.

Si existen imágenes extremadamente pequeñas, el grado de sospecha que se les debe atribuir depende, únicamente, de la experiencia del que las interpreta. Este puede no ver una lesión en su principio (y entonces el enfermo está prácticamente condenado) o declarar sospechosa una imagen debida a una modificación sin interés de los pliegues (lo que no es por el momento muy grave) o tropezar realmente con una imagen verdadera de cáncer.

Cuando se comprueban imágenes de tipo infiltrante o lagunar, el diagnóstico será fácil con frecuencia.

Si la imagen anormal es un nicho, puede tratarse de una úlcera benigna, de una úlcera transformada o de un cáncer ulceriforme.

En todos estos casos, es necesario tratar al enfermo antes de tomar una decisión. El tratamiento lo constituyen el bismuto y la belladona; si existen signos y síntomas gástricos se dará también colargol. El régimen estará desprovisto de todo alimento irritante y, aunque yo repruebo de una manera general el régimen lácteo en la úlcera, en algunos de estos casos lo prescribo durante algunos días. Del mismo modo creo que, en regla general, -es inútil que los ulcerosos guarden cama; pero pienso que en estos casos es bueno comenzar la cura con algunos días de reposo. De todos modos esta prescripción no debe ser aplicada dogmáticamente y cuando se trata de un enfermo a quien la interrupción del trabajo le produciría un gran perjuicio material, admito perfectamente que se haga esta prueba terapéutica sin apelar al reposo. Es necesario, por último, prescribir inyecciones de productos que tengan una acción sobre las lesiones inflamatorias o ulcerosas. Personalmente yo me he limitado a la proteinoterapia que, salvo casos especiales, aconsejo en forma intravenosa y a los ácidos aminados que, hasta aquí, he prescrito a grandes dosis por no tener experiencia de las dosis ínfimas actualmente en estudio de estos "test".

El enfermo recibirá pues, cada semana, primero tres inyec-

ciones intravenosas y más adelante dos, de proteínas vegetales diluidas en diez centímetros cúbicos de suero y dos o tres inyecciones intramusculares de ácidos aminados. Esta última medicación es secundaria, constituyendo la proteinoterapia la base de la prueba. Sin embargo, aquella está contraindicada en los cardíacos, en los nefríticos y en los tuberculosos. Además, a ñ a d o siempre las vitaminas "A" y "C", de las que la 'última está contraindicada en las grandes lesiones por ser un estimulante del cáncer.

La prueba comprende, según la urgencia que se tenga de tomar una decisión, diez a diez y ocho inyecciones de proteínas repartidas entre uno a dos meses y medio; excepcionalmente hago la primera semana una inyección cuotidiana. La progresión va de un cuarto de ampolla a una ampolla y media y aún dos. La inyección debe hacerse muy lentamente.

En estas condiciones, se puede establecer un "baremo", del cual se encontrarán los detalles en nuestro libro y que se puede esquematizar como sigue:

Lesión benigna con certidumbre. — Desaparición espontánea (antes de todo tratamiento), o casi espontánea (con un tratamiento ligero) de los síntomas clínicos y radiológicos después de la terminación del brote.

Las eventualidades siguientes son consideradas en relación a la proteinoterapia.

Lesión benigna con una certeza prácticamente absoluta.—Desaparición por el tratamiento de los síntomas clínicos y radioló-

gicos. Debe continuar en observación periódica durante mucho tiempo.

Lesión posiblemente benigna. — Desaparición de los síntomas clínicos y disminución de los radiológicos. El tratamiento y la observación deben ser continuados.

Lesión sospechosa. — Desaparición de los síntomas clínicos y persistencia sin variación de los síntomas radiológicos. El tratamiento y la observación deben ser continuados.

Lesión muy sospechosa. — Persistencia de los síntomas clínicos y radiológicos. Según los casos, tratamiento continuo o gastrectomía.

Cáncer prácticamente cierto. — Persistencia de los síntomas clínicos y aumento de los síntomas radiológicos. Gastrectomía.

Cáncer cierto. — Desaparición de los síntomas clínicos y aumento progresivo de los síntomas radiológicos. Gastrectomía.

Aquellos de estos juicios que no son absolutos, deben ser tenidos en cuenta con una tendencia más bien optimista, si se trata de la porción vertical del estómago y con una tendencia más bien pesimista cuando se trate de la porción horizontal.

Una vez hecho el diagnóstico de malignidad, el enfermo debe ser operado. Llego en esto a un último punto que exigiría un largo desarrollo. No puedo más que resumirlo. La laparotomía, considerada como elemento de exploración diagnóstica, es una

concepción fundada en la práctica de los cánceres voluminosos. En las neoplasias de tamaño reducido, que se diagnostican hoy con facilidad, la laparotomía no puede comprobar más que la presencia de lesiones, pero no permite ninguna opinión decisiva sobre su benignidad o su malignidad. En los estados todavía más precoces, incluso, no permite saber si hay o no una lesión. En los cánceres completamente limitados y verdaderamente al principio, de los cuales nosotros tenemos, en unión de los profesores Gosset, Charrier, Seneque, Richard y Jean Gosset, la casi totalidad de los casos operados en el mundo, no se observa ninguna anomalía clara sobre la pieza abierta.

Se ve pues que, cuanto más pronto se establezca el diagnóstico, con menos frecuencia nos serviremos de la operación para establecerlo y de ello resulta que en el cáncer incipiente verdadero, la decisión operatoria debe ser tomada, por un común acuerdo, *antes* de la operación, y que, en seguida, debe ser practicada la gastrectomía aunque el estómago parezca sano.

Se comprende qué condiciones tan extraordinariamente estrictas deben reunirse para llegar a este resultado; ellas se basan en el estudio clínico, en la técnica de los clichés, en su interpretación; un "fallo" en este conjunto conduce a errores de diagnóstico y a gastrectomías inútiles.

Tal me parece, por tanto, actualmente, la única "táctica" a emplear contra el cáncer gástrico. Ella nos ha permitido reunir