ADENOMA GASTRICO COMO ENFERMEDAD PRECANCEROSA

DRES. MANUEL O. DURÁN *, ANTONIO CAPUTO **, CARLOS BARE ***, JORGE L. CORBELLE **** y HÉCTOR CAPUTO *****

De la División Cirugía General, Hospital Durand, Buenos Aires

Dentro de las enfermedades de “alto riesgo”, término que preferimos a la de “enfermedad precancerosa o preneoplásica”, ya que esta denominación significa indefectiblemente el desarrollo de un cáncer, cosa que no siempre ocurre, nos ocuparemos de los adenomas gástricos. Analizaremos en nuestros casos las características clínicas y patológicas y los resultados del tratamiento.

En el estudio inicial histológicamente la mayoría son inócuos, pero con frecuencia sufren una transformación maligna 1-2, lo que hace necesario adecuar su tratamiento a esta característica. En ellos al igual que el cáncer gástrico temprano, la cirugía oportuna consigue la curación en la mayoría de los casos.

MATERIAL y MÉTODOS

La metodología de estudio ante la sospecha clínica ha sido el examen radiológico, si es posible con doble contraste, la endoscopia con biopsia de la lesión y de la mucosa gástrica, la acidimetría y los exámenes preoperatorios de rutina. Las piezas quirúrgicas fueron estudiadas incluyendo la mucosa adyacente y alejada de la lesión, con la técnica de coloración habitual. Se estudiaron y trataron 8 enfermos en el lapso 1962-1982, de los que haremos un breve comentario.

Caso 1: M. O., mujer de 67 años de edad, diabética. Se internó en una clínica privada con una hemorragia digestiva alta grave, que después de compensada y estudiada se operó en mayo de 1962, efectuándose una gastrectomía subtotal oncológica, por un pólipo en el mesogastrio de 8 cm de longitud. El pedículo se hallaba tapizado con mucosa hiperplásica con focos de carcinomatoso inicial y en el área de implantación en la pared gástrica, existía una invasión de la muscular. Las adenopatías fueron negativas. Falleció a los 10 años sin recidiva de neoplasia.

Caso 2: F. A., mujer de 60 años de edad. Se presentó a la consulta con dispepsia y epigastralgia. El estudio demostró un tumor pediculado del estómago ubicado en el antro. Se operó en el año 1965 en una clínica privada, donde se le efectuó gastrectomía subtotal oncológica, La patología demostró un adenoma típico con foco de degeneración. Los controles posteriores no revelaron la enfermedad. La enferma fue seguida durante 10 años sin presentar sintomatología. No conoció a consultas posteriores.

Caso 3: E. F., hombre de 62 años de edad. Presentó epigastralgia, vómitos y pérdida de 11 kg de peso. Se hizo diagnóstico radiológico y endoscópico de adenoma gástrico prepléjico con obstrucción intermitente. Se operó en 1965 (Hospital Alvarez) realizándose una gastrectomía subtotal con criterio oncológico, a pesar de la biopsia negativa. La inclusión demostró días después, en uno de los cortes un foco atípico. La evolución fue buena. El seguimiento durante 5 años posteriores a su internación no reveló recidiva neoplásica.

Caso 4: J. B., hombre de 62 años de edad, ingresó por hemorragia digestiva alta. En el estudio radiológico se observó en el antro un tumor pediculado de bordes lisos que prolapsó en el cílgulo. Se intervino en el año 1967 (Hospital Alvarez) efectuándose una gastrectomía subtotal. La histología demostró una metaplasia intestinal. La evolución a ejada fue excelente. En los controles actuales no se ha encontrado patología residual.

Caso 5: A. V., hombre de 78 años de edad. Presentaba anemia, pérdida de peso, anorexia y luego melena. Endoscópicamente se observó en el antro un pólipo de 4,5 cm y otro sésil de 0,5 cm prepléjico. Se operó en junio de 1974 (Hospital Durand) efectuándose una gastrectomía subtotal con buena evolución. Histopatología: adenoma. Su evolución fue seguida por 8 años. Posteriormente se perdió
contacto con el enfermo, probablemente por su avanzada edad.

Caso 6: C. R., mujer de 65 años de edad. Padece dispepsia hiposténica de 3 meses de evolución. Radiología: múltiples imágenes lacunares de límites netos que ocupaban toda la mucosa gástrica. Endoscopia: polipoides gástrico múltiple. La biopsia demostró adenomas polipoides. Se operó en diciembre de 1975 en el Hospital Durand, efectuándose una gastrectomía total con esofageoyeyunostomosis. Buena evolución alejada. Se siguió este control durante 3 años, con buena evolución hasta su cambio de residencia a Rosario (Santa Fe), momento en que se perdió el contacto.

Caso 7: J. C. H., hombre de 34 años de edad, con cirrosis hepática (hematemesis y melena). Hematocrito 30 %. Endoscopia: variaciones esofágicas no tangrantes, 2 polipos prelúdicos en cara posterior de 3 mm, sangrantes. Se efectuó resección endoscópica (Dr. Segal), en el Hospital Durand en abril de 1979. Histología: adenomas mixtos. Falleció al año por complicaciones hemorrágicas inherentes a su cirrosis hepática.


RESULTADOS

Los resultados de la investigación clínico-patológica y del tratamiento fueron buenos, obteniéndose la curación en los 8 casos tratados.

DISCUSIÓN

Si bien la frecuencia del adenoma gástrico es escasa: 0,5 % en las necropsias de rutina \(^{10}\) y 2 % de todos los tumores de estómago, su importancia reside en su relación con el cáncer. La incidencia como agente etiológico estadísticamente no es significativa, pues la mayoría de las atipias gástricas no se originan en adenomas. Sin embargo hay que tener en cuenta que inversamente del 7 al 14 % de los mismos tienen focos de carcinoma cuando son descubiertos \(^{9}\), porcentaje que llega al 50 % según Bocus \(^{1}\), cuando miden más de 2 cm. El adenoma muestra una proliferación tubular, papilar o mixta del epitelio glandular que puede exhibir diversos grados de displasia. El tipo celular puede corresponder al epitelio gástrico superficial o al intestinal, si bien puede mostrar ambas estirpes. Las displasias pueden ser de grado leve, moderado o severo. La incidencia de transformación maligna se halla en relación directa con la severidad de la displasia y con el tamaño del adenoma \(^{8}\). Muchos son de tipo intestinal originados en una gastritis atófica con metaplasia intestinal (1 caso de nuestra serie). Los pólipos de etiología hiperplásica y/o regenerativa constituidos por glándulas gástricas superficiales con tejido fibromuscular con infiltrado inflamatorio crónico tienen muy poca potencialidad maligna. El fórilo fibroide inflamatorio crónico o granulomatoso eosinófilo tampo no lo tiene, aunque deberán tenerse en cuenta para el diagnóstico diferencial con los verdaderos adenomas. El diagnóstico del adenoma benigno, propiamente dicho, debe hacerse con suma cuidado y con múltiples cortes, donde pueden aparecer atipias intramucosas lo que lo transformaría en "cáncer gástrico temprano" siempre que no se demuestre la invasión de la muscular.

Es aceptado que la mayoría de los adenomas polipoides gástricos aparecen después de los 60 años (7 casos de nuestra serie). Son asintomáticos en un 50 % de los casos. Cuando se ulceran puede observarse una hemorragia digestiva alta (4 de nuestra serie, el caso 1 con descompensación severa). La ubicación pediculada o antral con pedículo largo puede dar un síndrome subobstructivo o intermitentemente obstructivo (2 casos de nuestras observaciones). El resto se presentó con síntomas inespecíficos como dispepsia, inapetencia, pérdida de peso, lo que llevó al examen radiológico y endoscópico. Coinciden en este aspecto la mayoría de los autores consultados \(^{5-6,7}\). La hipoclorhidria es prácticamente constante por la asociación con gastritis atófica. Es útil el estudio citológico de las células de mucosa gástrica obtenidas por lavado con técnicas adecuadas.

Con respecto al tratamiento, si bien algunos autores sugieren el control y seguimiento endoscópico, sobre todo cuando son menores de 2 cm y no hay dudas de su benignidad (biopsia, citología, etc.), muchos \(^{1,2-4}\), dentro de los cuales nos incluimos, prefieren una terapéutica radical. La gastrectomía con criterio oncológico nos ha dado excelentes resultados (casos 1 a 6), en la curación de nuestros enfermos, incluidos 3 casos con degeneración inicial. Sólo recomendaríamos la resección endoscópica en adenomas de menos de 2 cm en enfermos con alto riesgo o ubicados en el fundus y con signos clínicos e histopatológicos seguros de benignidad (casos 7 y 8 de nuestra serie).

RESUMEN

Se presentan 8 enfermos portadores de adenomas gástricos: 3 con degeneración atípica inicial, 2 se
presentaron con un síndrome subobstructivo plórico y 4 con hemorragia digestiva, una de ellas, grave. Se hacen consideraciones sobre la patología de los adenomas y displasias gástricas. Se recomienda la cirugía con criterio oncológico, lo que ha demostrado óptimos resultados, con la curación de todos los enfermos así tratados.

**Summary**

Eight cases of gastric adenomas are reported: 4 with initial atypical transformation, 2 suffered plórico subobstruction and 2 upper digestive bleeding, one of them serious. Pathologic aspects of adenomas and displasias are discussed. Oncologic surgery is recommended because it has given better results.

**BIBLIOGRAFIA**


**LESIONES PRECANCEROSAS DEL ESOFAGO**

**CONSIDERACIONES QUIRURGICAS**

**DRES. JUAN C. OLACIREGUI *, ADOLFO E. BADALONI Y LUIS F. LOVISCEK**

De la División Cirugía General, Hospital Piroceno, Buenos Aires

La búsqueda de cáncer del esófago temprano realizada en ciertos centros de Japón y China, demuestra una sobrevivida del 53,8% a 7 años en pacientes con ganglios negativos y del 89,9% en estadío 1, cifras por demás elocuentes y alentadoras pero sólo posibles hasta ahora en poblaciones de alta incidencia de cáncer esofagogástrico. En otros países de alto nivel sanitario pero en los cuales este cáncer es poco frecuente, la cifra de sobreviva alejada ha aumentado poco a través del tiempo. Tratando de mejorar esta situación, la investigación mundial ha seguido distintas líneas para describir en quién y sobre qué lesiones se puede dar un cáncer. Así la genética, los factores ambientales y hábitos, los estudios en poblaciones de alto riesgo y la búsqueda de las condiciones y lesiones precancerosas han sido las líneas de investigación más importantes.

Existe acuerdo en señalar como condición precancerosa a las siguientes afecciones: Plummer-Vinson, tylosis, alteraciones que producen estancamiento del alimento como divertículos y megaesófago, las esofagitis por cáusticos, acídicas o por reflujo (las más frecuentes entre nosotros) y los pólipos. Las lesiones precancerosas fueron relatadas desde hace muchos años en el megaesófago, en el cual por estancamiento se producirían esofagitis con mucosa en empedrado, úlceras, regeneración epitelial que forma nódulos verrugosos o papilomatosos y metaplasia epitelial.

* Jefe de la Unidad de Cirugía.
Presentado al 55º Congreso Argentino de Cirugía, 4 al 9 de noviembre de 1984, Buenos Aires.