

METODOS DIACNOSTICOS EN CANCER GASTRICO EN HOSPITALES DE SANTO DOMINGO

Por *LUIS SANCHEZ LIMARDO*
ENRIQUE PENA ESTRELLA
EMILIA ARIZA OGANDO
CARLOS LANTIGUA

Deseando perfeccionar nuestros procedimientos diagnósticos sobre cáncer gástrico, iniciamos un estudio en base a radiografías con doble contraste gaseoso baritado y endoscopia gástrica en los hospitales Dr. Luis E. Aybar y Hospital Militar Dr. Enrique Lithgow Ceara a nuestro regreso del entrenamiento efectuado en Tokyo, sobre detección temprana del cáncer gástrico, curso facilitado por la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña bajo el auspicio del gobierno del Japón.

El primer problema que plantea el cáncer gástrico es carecer de sintomatología en su etapa terapéutica y esto es perfectamente comprensible si nos situamos en la posición anatómica del estómago íntimamente relacionado en la vecindad de importantes órganos: páncreas, aorta, hígado, bazo, adosados al estómago y vinculados al mismo por tronco y mesos arterio venosas comunes: prota, celíaca, esplénica que facilitan la extensión precoz del cáncer del estómago y atentan contra su tratamiento adecuado.

La sintomatología atípica y polimorfa con que se suele presentar un carcinoma gástrico puede variar con síntomas de molestias epigástrica vagas, trastornos del apetito y náuseas o síndrome ulceroso pasando por hematemesis y melenas hasta un cuadro de colon irritable o historia prolongada de dispepsia por lo cual puede afirmarse que no existe un comienzo característico del

carcinoma gástrico y por lo tanto nuestro mayor esfuerzo es destacar la necesidad de un examen completo con los estudios justificativos aunque no se descubran alteraciones patológicas algunas.

Nuestro enfoque práctico del diagnóstico del cáncer gástrico ha estado orientado en dos sentidos: Cáncer avanzado y cáncer temprano.

El cáncer gástrico *avanzado* consta la más de las veces de una sintomatología florida que concuerda con el carácter infiltrativo de las diferentes capas del estómago hacia siembras metastásicas en ganglios satélites y órganos vecinos. Nuestro esfuerzo ha estado encaminado a tratar de diagnosticar los cánceres avanzados con la mayor premura posible, con intenciones de brindar a los pacientes la mayor medida paliativa de supervivencia. Por nuestra experiencia actual estamos conscientes que es un proceso oncológico tan agresivo que no responde ni a la quimioterapia, cirugía ni radioterapia combinada.

En cambio el cáncer *temprano* consiste en una lesión neoplásica, localizada en la mucosa, sin proceso infiltrativo hacia las demás capas y con respuestas satisfactorias a largo plazo, a la cirugía. Es actualmente nuestra meta aunque recordemos que en esta etapa terapéutica ideal, se carece de sintomatología y por lo tanto nuestra orientación es tratar de diagnosticar cáncer gástrico temprano mediante un enfoque preventivo sobre aquellas gastropatías que preceden o acompañan al cáncer gástrico, aunque no por ello queremos aplicarle el nombre específico de gastropatías preneoplásticas, dichas entidades son:

Úlcera gástrica
Gastritis atrófica
Pólipo gástrico¹¹

y aplicar en estos casos la clasificación de la escuela japonesa de endoscopia para el cáncer temprano.

Tipo I. Prominente. La protucción hacia la luz gástrica es acentuada y evidente;

Tipo II. La irregularidad de la mucosa es discreta y poco notable. Se divide en 3 sub-grupos:

Tipo II a) "Moderado" con convergencia positiva:

Tipo II b) "Plano" no se reconoce ni elevación ni depresión con respecto a la mucosa circundante;

Tipo II c) "Deprimido" la leve depresión de este tipo no sobrepasa la muscularis mucosa;

Tipo III "Excavado" muestra una pérdida de sustancia de la mucosa llamativa que interesa porque no traspasa la muscularis mucosa.

Material y Método de Trabajo:

Hemos utilizado las unidades para radiografías habituales existentes en ambos hospitales y un gastrofibroscopio para biopsia modelo GFB de la casa Olympus de Tokyo. Introducimos la técnica de doble contraste gaseoso baritado descubierta por los autores suecos y perfeccionada por los japoneses. El doble contraste gaseoso barconsistido en agregar a la papilla de Bario un componente que produzca anhídrido carbónico, por lo general se utilizan compuestos a base de ácido tartárico. La técnica consiste en administrar un anticolinérgico (sultafo de atropina) previo al estudio para producir atonia gástrica y acto seguido de ingerir el medio de contraste se hace girar al paciente en decúbito sobre su eje para facilitar la formación de COH_3 . Se inicia con sorbos de 60 cc. de bario para efectuar mucosografía gástrica y progresivamente se llena el estómago hasta obtener la repleción de la cavidad gástrica.

El gastroscopio para biopsia nos permite, mediante sus mecanismos de flexión y su construcción a base de fibras ópticas de vidrio:

- 1.— Visualización nítida de la mucosa gástrica;
- 2.— Toma de muestras biópsicas y citológicas;
- 3.— Obtención de fotografías endogástricas.

Los criterios que utilizamos para seleccionar nuestros pacientes fueron:

A.— Paciente con imágenes radiológicas dudosas en las cuales se deseaba confirmar los encuentros radiológicos sin importar la edad;

B.— Paciente radiológicamente normal mediante estudio gastroduodenal pero con síntomas digestivos y con edad superior a 40 años;

C.— Establecimos la norma de efectuar, mediante cita a pacientes, cuyos encuentros gastroscópicos justifican seguir la evolución de estos.

Antes de efectuar cualquier gastroscopía seguimos la norma de establecer un diálogo educativo con el paciente, acerca del procedimiento gastroscópico. Se efectuaba dicho procedimiento solamente después de haberse completado la historia clínica, examen físico, análisis de laboratorio y estudio radiológico gastro-duodenal.

La técnica para efectuar una gastroscopía consiste en anestesiarse las fosas faríngeas con un anestésico tópico e inyectar un psicorrelajante del grupo de las Benzodiazepinas. Acto seguido continuamos hacia el antro visualizando las paredes anteriores y posteriores, observando la coloración de la mucosa y dejándonos transportar gracias a una onda peristáltica hasta el píloro. Luego regresamos a la región angular y hacemos girar el gastroscopio sobre su eje en 180° y doblamos en posición U visualizando pared posterior y porción vertical de la curvatura menor hasta observar el Cardias, de ahí seguimos hacia el fornix, tratando de obtener la mejor imagen del lago mucoso movilizándolo al paciente, llegando al techo del fornix para luego volver el instrumento a su posición normal y lo extraemos.

Resultados:

Hemos efectuado en los 3 centros hospitalarios del estudio gastroscopía a un total de 51 paciente, presentando los siguientes resultados:

1.— Cáncer gástrico avanzado	7
2.— Cáncer gástrico temprano	0
3.— Gastritis atrófica	8
4.— Gastritis superficial	10
5.— Úlcera péptica gástrica	2
6.— Úlcera péptica anastomótica	2
7.— Gastroscopías normales	22

Conclusión:

1.— Hemos efectuado en un lapso de 12 meses, desde noviembre de 1971, 51 gastroscopías en ambos hospitales;

2.— Hemos¹¹ confirmado gastroscópicamente cáncer gástrico avanzado en 7 pacientes con estudios biópsicos, recomendando las medidas terapéuticas a tomar y descartando 2 casos de compresión extrínica gástrica a la gastroscopía.

3.— En nuestro estudio concomitante sobre los patrones endoscópicos gástricos en la población dominicana, los estudios orientan hacia una incidencia de gastritis atrófica moderadamente alta que nos obligan a mantener una actitud en guardia en nuestro estudio preventivo sobre esta gastropatía.

4.— Actualmente contamos con 3 médicos de ambos hospitales que siguieron un entrenamiento en las técnicas de detección temprana del cáncer gástrico, modesto esfuerzo en la lucha incansable contra este flajela de la humanidad.