

## TUMOR MISCELÁNEO DEL ESTÓMAGO

Dr. G. S. F. MOOY

Apeldoorn (Holanda)

**R**ECIBÍ para su reconocimiento un preparado de resección de estómago, tomado de un joven de 16 años que desde hace algunos años siempre se ponía anémico a consecuencia de pérdida de sangre en el conducto gastro-intestinal. Radiológicamente se comprobó un tumor estoma-

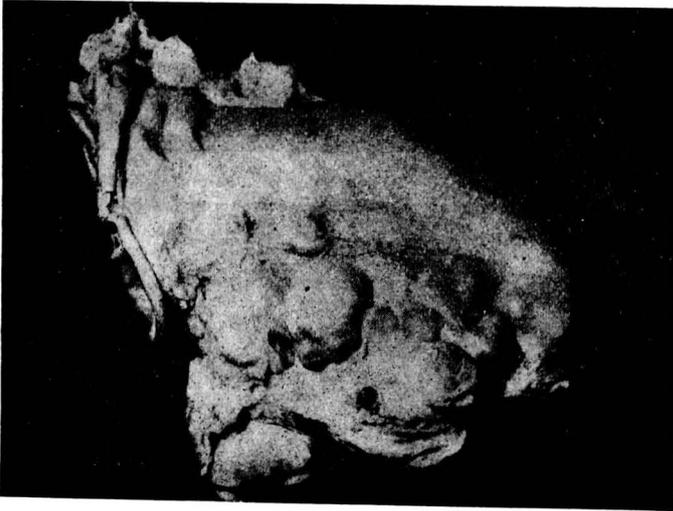


Fig 1 - Vista anterior del estómago con el tumor; protuberancias en la curvatura pequeña.

cal. El joven fué operado y le quitaron el tumor así como la mayor parte del estómago.

### Macroscopia

Macroscópicamente se podía observar al preparado lo siguiente:

Largura 15 cm., anchura mayor 9 cm., espesor 5 cm. En la parte anterior del estómago vemos en la curvatura pequeña siete montículos pequeños y redondos de 9 cm. de diámetro y verticalmente sobre la pared posterior del estómago; en la curvatura pequeña había una protuberancia

en forma de patata. El preparado fué abierto a lo largo de la curvatura grande, resultando que se hallaba en la pared posterior del estómago un

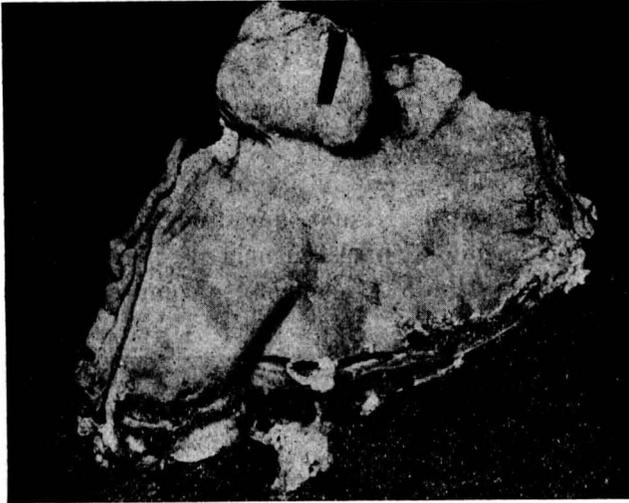


Fig. 2.—Pared posterior del estómago con protuberancia en forma de patata en la parte posterior de la curvadura pequeña.

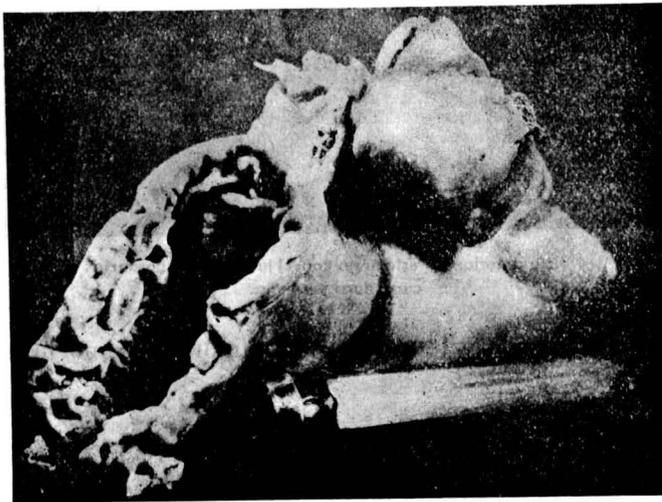


Fig. 3.—Desde el cardias una mirada en el estómago no abierto todavía; se distingue con claridad el tumor en forma de patata en la parte posterior de la curvadura pequeña.

tumor de las dimensiones siguientes: 9 cm. de largo, 5 cm. de ancho, de forma oval, comenzando algunos centímetros debajo del cardias y termi-

nando algunos centímetros delante del piloro. En el lugar del tumor los pliegues de la membrana mucosa estomacal se habían vuelto lisos, tanto como los de la pared estomacal posterior enfrente.

¿De qué género de tumor se trataba en este caso? Visto macroscópicamente un tumor estomacal tan grande con protuberancias redondas en una persona de 16 años, me pareció en primer lugar un sarcoma (de células bobina-redonda-polímorfas), o un sarcoma de la linfa. Los montículos anteriormente descritos, en la curvatura pequeña, podían ser metástasis de ganglios linfáticos. No pensaba en carcinoma; todo el aspecto era com-

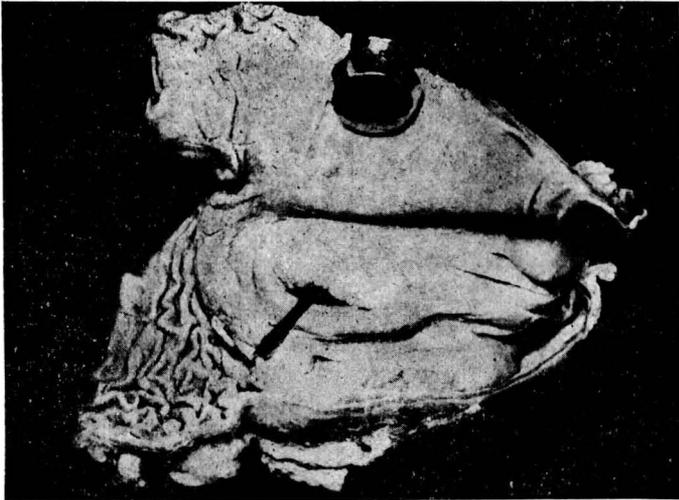


Fig. 4.—El estómago ha sido abierto a lo largo de la curvatura grande y desplegado. En la parte anterior del estómago vemos el tumor ulcerante (pinzas en el ulcero). Por encima del tumor los pliegues en la membrana mucosa están lisos. También los pliegues de la pared posterior del estómago (éste mismo es normal) han sido alisados allí por la presión del tumor de la pared anterior.

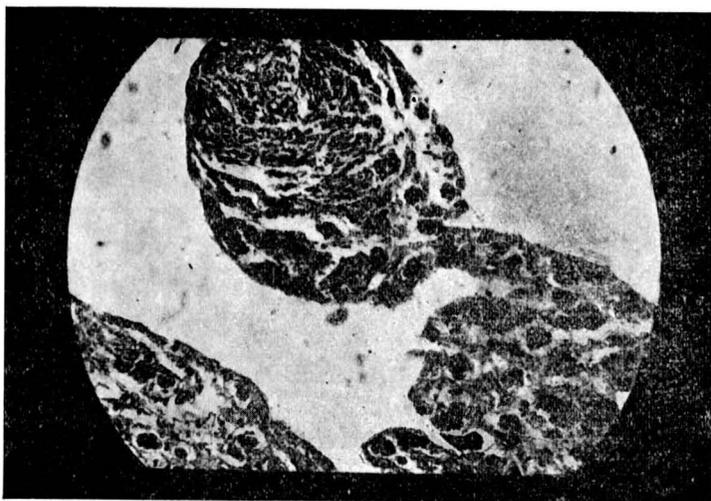
pletamente diferente, también dada la poca edad del paciente. Más tarde, después de la abertura del estómago resultó ser además un tumor que se hallaba debajo de la membrana. De los tumores benignos, pues podían entrar en cuenta: fibromas, neurinomas y miomas (aunque miomas suelen describirse como mucho menores)). De diversos lugares del tumor y de las protuberancias se tomaron pedacitos para un reconocimiento microscópico más detenido. Este reconocimiento microscópico me causó una gran sorpre-

sa, puesto que lo que esperaba encontrar, es decir, un tumor maligno del grupo de los sarcomas, no estaba presente, pero sí un tumor peculiar.

Comenzaré por dar una descripción microscópica.

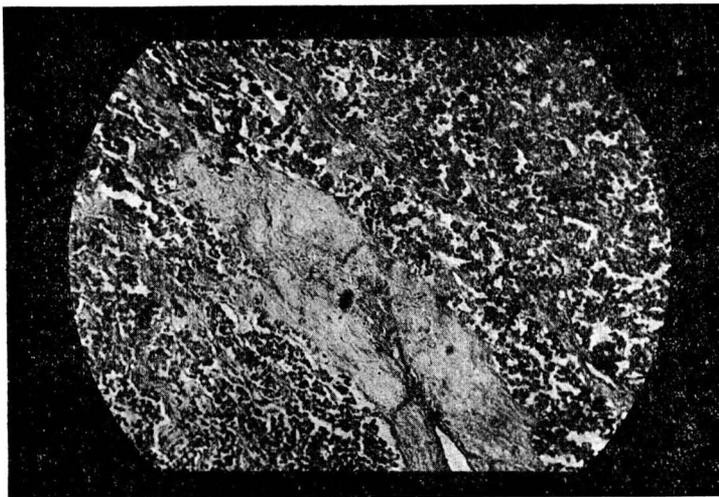
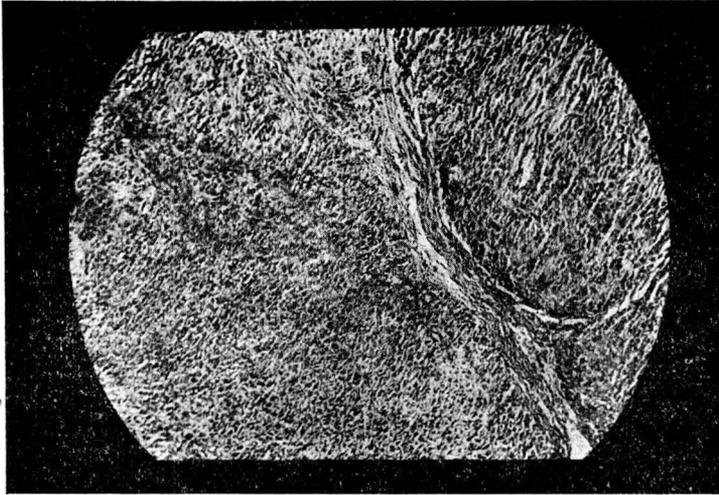
### Microscopia

En general podemos distinguir dos géneros de tejidos: tejido espeso y sólido y tejido más fino. Ambas clases de tejidos o están separadas netamente a lo largo de líneas rectas o curvadas, o se confunden gradualmente. Prevalece el tejido sólido. Se compone de células más o menos grandes, redondas o en forma de bobina y sus formas de transición; las células es-



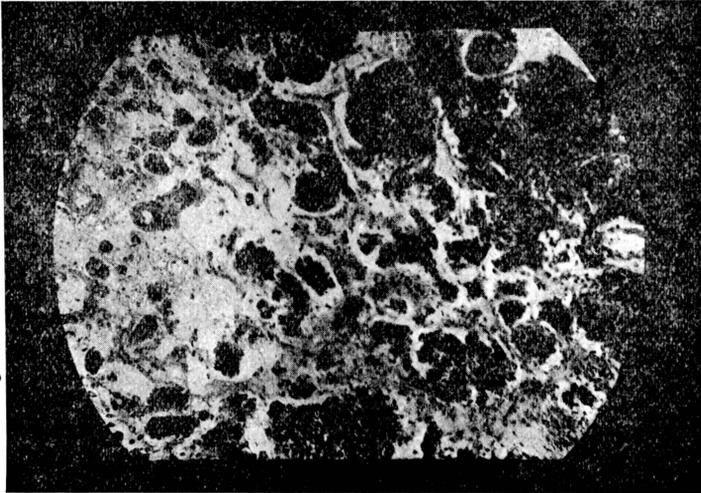
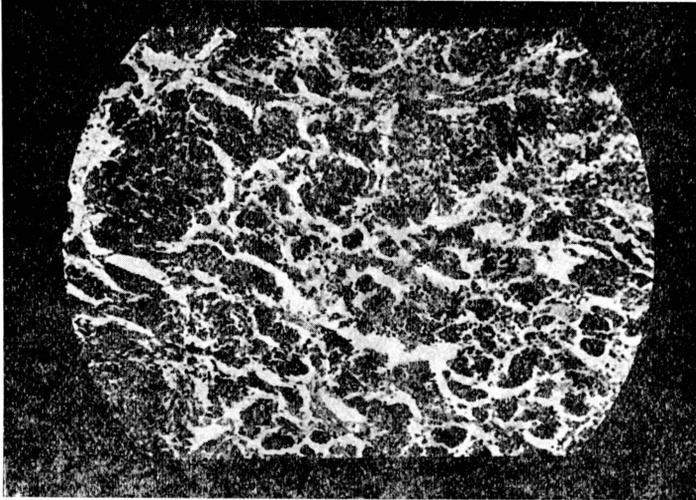
tán muy cerca una de otra o con algún espacio entre sí. La transición de partes con células redondas a partes con células en forma de bobina puede ser súbita o poco a poco. También ocurre que hay células redondas, ovales y en forma de bobina esparcidas revueltamente. El tejido fino se puede describir como si el tejido sólido, dispersado por una materia amorfa, se resolviera en isletas más o menos grandes, redondas, ovales o caprichosas. Prevalecen las islas redondas, que suelen estar colocadas más intensivamente que el tejido sólido (Se parecen algo a glomérulos renales pequeños). Muchas isletas se vuelven tan pequeñas que solamente consisten de una o algunas células, que forman un montoncito o más bien un anillo (formación de rosetones). Las isletas se encuentran o una cerca de otra, o con al-

guna distancia la una de la otra, lo que depende de la cantidad más o menos grande de materia intermedia. Esta materia intermedia ya se compone de tejido celular edematoso, de mallas anchas, que se parece unas veces al tejido pulmonar, ya de tejido angiomatoso. De vez en cuando se puede



observar sangre sólo entre las partes sólidas del tejido. Alguna vez no se puede ver nada de la materia intermedia, de modo que las isletas parecen flotar en el aire.

Todos estos aspectos diferentes suelen presentarse en la misma cortadura, até en el mismo campo de visión. ¿Qué diagnóstico se podía deducir de estas imágenes microscópicas? ¿Perteneían las células de las partes

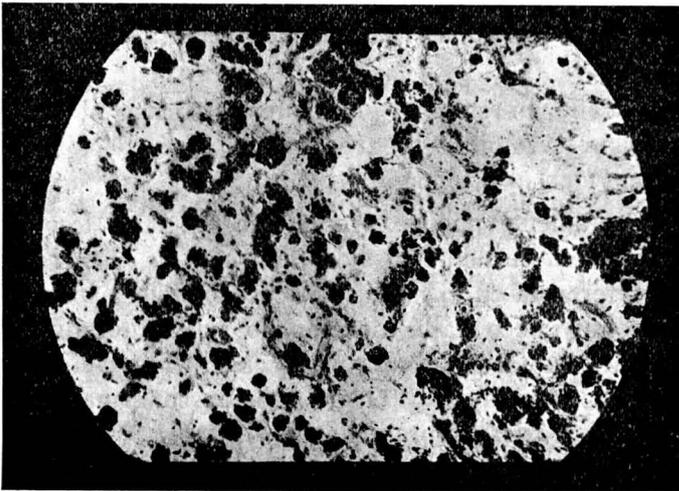
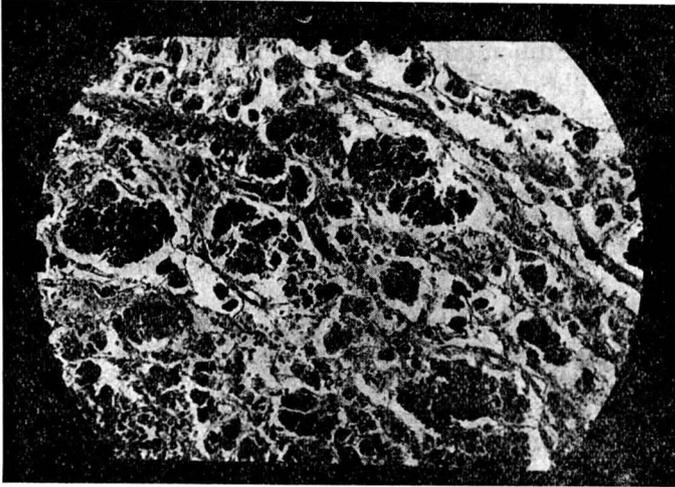


sólidas al epitelio o al mesenquimo? ¿Se trataba de un carcinoma o de un sarcoma?

#### **Diagnóstico diferencial**

Examinadas las partes sólidas, eliminé el carcinoma, puesto que no

había construcción alveolar y que la membrana mucosa del estómago, si bien cambiada a causa de presión, por lo demás era normal. Me quedaba la posibilidad de un tumor mesenquimatoso y, por no ser un fibroma (muy poco tejido fibrilar y muchas células), un sarcoma. Había células muy



cerca unas de otras, pero no siempre de densidad igual. Un sarcoma de la linfa? No todas las células ovales y en forma de bobina estaban demasiado apartadas una de otra; de repente el tejido mostraba partes con células en forma de bobina o se resolvía.

Lo mismo se puede decir de un sarcoma de células-bobina: no enteramente la misma construcción, muchas veces las células no estaban bastante cerca entre sí y de repente células redondas o una transición en tejido fino. ¿Un sarcoma de células polimorfos? Tampoco la construcción usual, e. o. demasiadas células sueltas y ninguna célula gigantesca. Tampoco era posible clasificarlo entre los sarcomas. Una diagnosis resultó muy difícil, pero precisamente la dificultad de clasificación me sugirió la posibilidad de que se tratase aquí de aquel grupo de tumores del que también es difícil, si no imposible, clasificar las células y partes de tejido sueltas, es decir del grupo de los teratomas y de los teratoides más sencillamente construídos, con otras palabras: los tumores misceláneos. Estos tumores misceláneos no se originan de células omnipotentes como los teratomas, sino de células pluripotentes que ya casi totalmente han acabado por diferenciarse, que fueron a parar, sin embargo, como las células omnipotentes, en el lugar equivocado, a causa de una imperfección en el desarrollo embriológico. Teoría de Cohnheim sobre la dislocación entre sí en un período más avanzado del desarrollo embriológico que las células omnipotentes. Fué confirmada mi conjetura de que en este caso se tratase de tal tumor misceláneo, cuando me encontré con especies diversas de tejido, su variación brusca y sobre todo la formación tan peculiar de "isletas".

¿Conocemos tumores misceláneos del estómago? Que yo sepa no, no los he encontrado por ninguna parte en la literatura, ni en los manuales más importantes.

Esto es extraño, puesto que por motivos teóricos si deberíamos encontrar teratomas y teratoides (de construcción más sencilla que los tumores misceláneos) en el estómago.

Pues, primeramente pueden presentarse en todos los órganos teratomas y teratoides (en verdad han sido descritos) y en segundo lugar se localizan con preferencia en el medio del cuerpo. Pues, ¿por qué no en el estómago? Hace muy poco hallé mencionado en la literatura, el caso de un quiste dermoide estomacal, comprobado en el "Mayo-clinic", que comprendía sebo y pelo y pesaba 1.000 gr. (¡Buena confirmación práctica de mis consideraciones teóricas supradichas!).

Aquí sigue una lista breve e incompleta de los teratomas y teratoides encontrados en el medio del cuerpo, amplificada con los del *estómago*.

Cabeza: Teratoma en ventrículo III. Glándula pinealis (teratoma).

Boca: Tumor misceláneo en el paladar. (Varios casos del autor).

Lengua (tumor misceláneo del tamaño de un huevo de paloma en la punta

de la lengua). (Caso del autor). Lengua (tejido de la glándula tiroides en la base de la lengua).

Glándula tiroides: Teratoma.

Mediastino: Teratoma y quiste dermoide.

Pericardio: Quiste dermoide.

Timo: Dermoide y teratoma.

Esófago: Tumor misceláneo.

*Estómago: Tumor misceláneo. (Caso del autor.)* Quiste dermoide.. (Caso del "Mayo-clinic").

Tejido celular delante de la columna vertebral:

Ventre: tumor misceláneo. (Caso del autor).

Utero: Tumor misceláneo (dos casos del autor).

Vejiga: Teratoide y quiste dermoide. (¡Pelos en la orina!)

Hueso sacro: Teratoma.

La causa porque, sin embargo, no conocemos tumores misceláneos del estómago, me parece simplemente ésta: que no han sido reconocidos como tales. En la literatura, sobre todo en la no moderna, se encuentran de vez en cuando noticias sobre "endoteliomas estomacales". Sobre todo en tiempos pasados había cierta tendencia de colocar cada tejido de tumor que no se podía clasificar con certeza, en el gran grupo colectivo de los endoteliomas. Puesto que precisamente el tejido de tumores misceláneos es difícil de clasificar, muchos tumores misceláneos habrán sido contados equivocadamente entre los endoteliomas. Por ejemplo, el tumor misceláneo de la parótida, que durante mucho tiempo fué considerado como endotelioma.

Según mi opinión, los casos descritos de endoteliomas en el estómago en realidad no han sido otra cosa sino tumores misceláneos. También los condromiomas del estómago descritos resultarán tumores misceláneos después de observación más detenida.

Aun creo que entre los casos descritos de sarcomas de la linfa y del estómago (sobre todo si demuestran formas caprichosas y se presentan en personas jóvenes) aun se ocultarán muchos tumores misceláneos.

Esta falta de diagnóstica puede ocurrir si sólo se examina parte del tumor en vez del tumor entero.

En una colección vieja de preparados microscópicos de 1905 que me fué regalada, encontré una cortadura microscópica con la indicación simple: "Tumor estomacal". ¡Con gran sorpresa y satisfacción de mi parte resultó un tumor misceláneo típico! Podía ser una cortadura microscópica de mi serie de tumores misceláneos del estómago. Desafortunadamente, ya no es posible averiguar el origen de este tumor estomacal ni la diagnosis

deducida de la cortadura en aquella época. Personalmente, sin embargo, estoy convencido de que entonces no fué tomado por tumor misceláneo.

Si bien que el tumor misceláneo del estómago es un tumor muy raro, me parecía no sólo de interés científico (sobre todo para cirujanos, radiólogos y médicos para las enfermedades internas), sino también de interés práctico conocer este tumor (¡buen pronóstico!). Porque en el caso descrito por mí, ocho años después de haberle quitado el tumor estomacal al paciente, éste vivía todavía gozando de buena salud. Hecho absolutamente imposible si se tratara de un tumor maligno (de lo que clínicamente llevaba todas las trazas).

Buena prueba clínica que mi diagnosis de "tumor misceláneo" y "benigno", hecha antes, fué acertada.