

I JORNADAS DE ANATOMIA PATOLOGICA

BILBAO. (Del corresponsal de TRIBUNA MEDICA.)— Dentro de las jornadas científicas conmemorativas del 75 aniversario del Hospital Civil de Basurto, se han desarrollado, los días 7 y 8 de octubre, las I Jornadas de Anatomía Patológica, en las que se trató el tema «Cáncer y aparato digestivo». Actuó de moderador el profesor doctor J. D. Toledo, catedrático de Anatomía Patológica de la Universidad del País Vasco.



De izquierda a derecha, los profesores Seifert, Oehlert y Toledo, durante uno de los debates

Tras la presentación tomó la palabra el profesor doctor Gerhard Seifert, de Hamburgo, quien habló de la clasificación de los tumores orales y faríngeos mediante marcadores tumorales. Comenzó su alocución haciendo una pequeña referencia histórica del Hospital Universitario de Hamburg-Eppendorf y mostró un boceto de la disposición en pabellones, innovación completa en aquellos tiempos, que luego fue adoptado por muchos hospitales del mundo, entre ellos el Hospital Civil de Basurto, en Bilbao. Seguidamente presentó una tabla en la que podía observarse la frecuencia del carcinoma en los tractos superiores, digestivo y respiratorio, tomado del material de autopsias del Instituto de Patología de la Universidad de Hamburgo durante los años 1970-79. Pasó a definir los marcadores tumorales en sentido estricto, en sentido amplio y los marcadores tumorales morfológicos en sentido amplio. Su aplicación hace posible una clasificación exacta de aquellos tumores difíciles de encuadrar y contribuye a una mejora de la terapéutica y del pronóstico. Debido a la amplitud del tema, se limitó a las sustancias que se pueden emplear en el diagnóstico de los tumores orofaríngeos: 1) antígenos citoplasmáticos como componentes del llamado citoesqueleto; 2) antígenos unidos a la membrana, incluyendo los receptores de lecitinas; 3) productos celulares demostrables citoquímicamente; 4) fenómenos in-

sis de tipo Billroth. Se consideran alteraciones tisulares precancerosas las displasias severas del esófago y del estómago, de las que se sabe que sólo son reversibles en un tanto por ciento muy limitado y se pueden transformar en un carcinoma en el transcurso de unos pocos años. Hizo una distribución geográfica mundial del carcinoma de esófago y dijo que éste se presenta sin predilección de sexo y con un comienzo de la enfermedad en años jóvenes. En los territorios de baja incidencia pueden aceptarse como causas más importantes el tabaco y el alcohol. Según autores chinos, una displasia leve del epitelio esofágico persiste en un 40 por 100, regresa en un 45 por 100

tos disponibles reflejan diferencias geográficas importantes en relación con el desarrollo industrial. Tras esto hizo una distribución geográfica y étnica del carcinoma de colon y dijo que existen interrelaciones nacionales entre frecuencia de cáncer de colon y la dieta. Varios autores han señalado que las variables de la dieta asociadas con el cáncer de colon eran la carne, otras proteínas animales y la grasa total. En relación con la dieta rica en grasa se ha demostrado la evidencia del efecto de los ácidos biliares como promotores del cáncer de colon. Además de los factores ambientales existen factores genéticos en la carcinogénesis del colon. La predisposi-

cancerosas en la glándula hepática, tratando de compararla con la patología humana. Dividió el planteamiento en tres aspectos fundamentales: 1) Lesiones experimentales y la base de que partimos para el desarrollo de este proceso; 2) análisis comparativo entre lesiones benignas y lesiones precancerosas hasta el problema de la displasia en el carcinoma de hígado, y 3) dar algunos aspectos concretos de la morfopatología del cáncer de hígado en el hombre. El mecanismo de la carcinogénesis en la glándula hepática se basa en el paso de una célula normal a una célula neoplásica por la presencia de focos hiperplásicos, que pueden adquirir una apariencia nodular y

estadísticas fiables, pero es evidente que está aumentando el cáncer de hígado, sin que haya una directa correlación con la hepatitis. En la última parte de su exposición comentó algunos de los aspectos de los tumores epiteliales, entre ellos las diferencias morfológicas entre hepatoma y colangiocarcinoma y las formas anatómicas más clásicas de hepatocarcinomas.

PANCREAS

Intervino posteriormente el profesor doctor Lorenzo Galindo, de Barcelona, quien habló del carcinoma de páncreas. Empezó señalando que en la patología del páncreas hay situaciones patológicas que no derivan de la ubicación normal de la víscera, sino las heterotopías, que pueden tener distintas localizaciones. El páncreas ectópico puede tener una incidencia de hasta el 14 por 100. Al hablar de patología de páncreas exocrino, minoritariamente se va a encontrar una patología de tipo benigno, ya sea en forma de quistes de distinto origen, bien de neoplasias de condición benigna. Las verdaderas neoplasias benignas del páncreas son muy escasas. El problema del páncreas es el tener claro la encrucijada que constituye la tróada de tejido pancreático, coledoco terminal y mucosa duodenal. Es necesario saber dónde se ha iniciado la lesión. Precisó que en ocasiones existen dificultades para el diagnóstico intraoperatorio, bien por-

Durante el desarrollo de una de las ponencias con los profesores Oehlert, Grundmann, Seifert y Lennert.



URGE UN REPLANTEAMIENTO DEL CONCEPTO DE «PRECANCEROSIS»

en especial la representación de células plasmáticas productoras de inmunoglobulinas, de las poblaciones linfocitarias y de otras reacciones inmunológicas, y 5) antígenos virales, anticuerpos y productos de síntesis en formaciones tumorales producidas por virus o asociadas a ellos. Señaló la importancia de la técnica de inmunofluorescencia en material sin fijar, así como el método de la inmunoperoxidasa en cortes en parafina. Concluyó con una descripción detallada y exhaustiva de las sustancias antes citadas para el diagnóstico de los tumores.

ESOFAGO Y ESTOMAGO

El profesor doctor Wolfgang Oehlert, de Friburgo, se refirió a las alteraciones precancerosas del esófago y estómago. Estimó necesario un replanteamiento del significado del concepto de precancerosis ante el auge de las investigaciones endoscópicas y biopsias del tubo digestivo. Recientemente se distinguen «enfermedades previas al carcinoma», entre las que se encuentran, para el esófago, la esofagitis crónica, el divertículo esofágico, la estenosis y el esófago de Barret, así como la hiperqueratosis familiar palmar y plantar. En el estómago se cuentan entre las «enfermedades previas» la gastritis crónica atrófica, la gastritis atrófica en la anemia pernicioso y las alteraciones poliposas de la mucosa gástrica alrededor de la anastomo-

se y se transforma en un 15 por 100. La demostración de una displasia severa en el epitelio del esófago debe llevar al clínico al control en períodos de al menos un año y mejor cada seis meses. En los últimos años se ha observado una disminución de la morbilidad de carcinoma gástrico y, por el contrario, el carcinoma gástrico de tipo difuso no muestra esta tendencia. Hizo una clasificación en los distintos grados de displasia, en el material de biopsia, y dijo que ésta sólo tiene sentido cuando se derivan consecuencias clínicas. Finalizó hablando de los trastornos de la formación y secreción de moco como alteración tisular precancerosa.

COLON

La siguiente intervención corrió a cargo del profesor doctor Ekkehard Grundmann, de Münster, quien habló de la patogenia del cáncer de colon. Existen dos métodos para determinar la patogenia causal de cualquier tipo de cáncer: estudios epidemiológicos e investigación experimental con animales. En el carcinoma de colon, los da-

ción parece ajustarse a un patrón autosómico dominante en la transmisión hereditaria. La mayoría de carcinomas de colon se originan en adenomas. El criterio decisivo para el pronóstico es la atipia, como lesión precancerosa local que se presenta en los adenomas. Terminó con las investigaciones del doctor Von Bassewitz, enfocadas hacia el problema de la patogenia formal. La patogenia formal presupone la existencia de una secuencia adenoma-carcinoma, con énfasis particular en el papel de las displasias que se desarrollan en los adenomas. Se considera a la adenomatosis de colon como la condición precancerosa más importante, y la colitis ulcerosa y la enfermedad de Crohn son otros precursores frecuentes.

GLANDULA HEPATICA

El profesor doctor Antonio Llombart Bosch, de Valencia, inició su conferencia diciendo que lo que pretendía era dar una visión comparativa de lo que constituye la patología experimental en la inducción de tumores y de lesiones pre-

una secundaria transformación atípica, displasia y a través de ello el carcinoma, hasta que éste adquiere una desdiferenciación que le caracteriza como carcinomas anaplásicos. Un factor de suma importancia y que plantea una de las primeras problemáticas a analizar en la carcinogénesis y en el cáncer de hígado es el carácter monocéntrico o multicéntrico del proceso. Un mecanismo de análisis del proceso es a través del estudio de tumores establecidos y selección progresiva mediante trasplantes en animales de esos tumores y que tras años de implantación evidencian distintos grados de diferenciación y de malignidad. Mostró imágenes de la proliferación hiperplásica, y dijo que los nidos de focos hiperplásicos son los puntos de origen de las neoplasias. Presentó una estadística de la incidencia del carcinoma primitivo hepático por 100.000 habitantes-año, siendo ésta mayor en países de África, y que hay países en Europa en los que de una manera esporádica se está detectando un aumento, como por ejemplo en Suiza, Grecia y España. En España se carecen de

neural por pancreatitis obstructiva o debido a ductus pancreáticos accesorios. Debido a esto, en ocasiones se diagnostica un carcinoma cuando no lo es. Dijo que esta situación había cambiado debido a técnicas nuevas, y pasó a explicar detalladamente cómo se realiza una biopsia-punción-aspiración a nivel percutáneo y cuál es el equipo necesario. Concluyó con una clasificación de los tumores malignos primarios del páncreas no endocrinos e hizo una detallada descripción de cada uno de ellos.

El profesor doctor Karl Lennert, de Kiel, fue quien habló del tema «Linfomas del tubo digestivo». El profesor Lennert presentó un estudio del linfoma, en el que se podía comprobar la diferente incidencia en el estómago, en el intestino delgado e intestino grueso, así como los linfomas multicéntricos. Comparó el material de su departamento y un material de Túnez, donde se pudo apreciar la gran diferencia existente entre ambos. Mostró un diagrama de la distribución de edades en hombres y mujeres de los tumores de estómago. Describió diferentes tipos de tumores malignos según su localización y subrayó que hay dos clases de tumores malignos: uno de células pequeñas y un segundo tipo de células muy grandes.

■ Felipe MARQUIEGUI ALVAREZ