

Tumor gástrico. Presentación de caso.

Revista Médica Electrónica 2007;29 (6)

HOSPITAL UNIVERSITARIO "DR. MARIO MUÑOZ MONROY". COLÓN, MATANZAS .

Tumor gástrico. Presentación de caso.

Gastric tumour. Presentation of case.

AUTORES

Dra. Ania Hernández Ortega. (1)

Dr. Rolando González Folch. (2)

Dr. Julio César Sánchez Cruz. (3)

(1) Especialista I Grado Gastroenterología. Hospital Territorial Clínico-Quirúrgico

Dr. Mario Muñoz Monroy. Colón

(2) Especialista I Grado Cirugía General. Profesor Asistente. Hospital Territorial Clínico-Quirúrgico Dr. "Mario Muñoz Monroy. Colón

(3) Especialista I Grado Endocrinología. Hospital Territorial Clínico-Quirúrgico Dr. "Mario Muñoz Monroy. Colón

RESUMEN

En el presente reporte de caso se presenta una paciente femenina de 76 años de edad, sin antecedentes patológicos anteriores, que consultó por dispepsia rebelde a tratamiento y pérdida de peso. Se estudió mediante radiografías de esófago-estómago-duodeno contrastadas y endoscopia digestiva superior. Resultó que sólo fue posible su diagnóstico: carcinoma difuso con células en anillo de sello, mediante estudio anatomopatológico cuyas muestras se obtuvieron mediante el proceder endoscópico.

DeCS:

NEOPLASIAS GÁSTRICAS/diagnóstico

NEOPLASIAS GÁSTRICAS/etiología

NEOPLASIAS GÁSTRICAS/patología

ENDOSCOPIA GASTROINTESTINAL/métodos

DISPEPSIA/complicaciones

HUMANO

ADULTO

FEMENINO

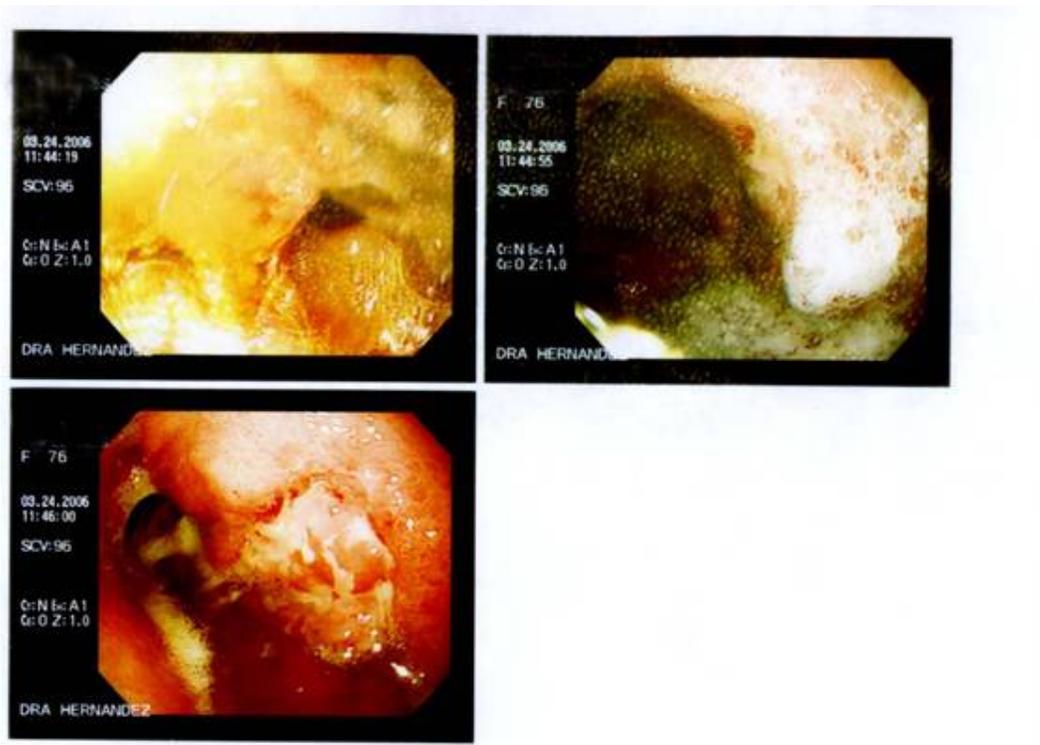
INTRODUCCIÓN

REPORTE DEL CASO.

Se trata de una paciente de sexo femenino de 76 años, raza mestiza, con antecedentes patológicos personales negativos quien refería dispepsia dismotilidad, epigastralgia intermitente y pérdida de peso de aproximadamente 6 meses de evolución. Su examen físico resultó normal. Se le indicó un estudio radiográfico contrastado de esófago, estómago y duodeno que resultó sin alteraciones y se prescribió tratamiento con antiseoretos gástricos más proquinéticos y reconsulta. Posteriormente acudió refiriendo persistencia de los síntomas y se le indicó estudio endoscópico de vías digestivas superiores donde se identificaron las siguientes

lesiones: La mucosa del canal pilórico vertiente duodenal muestra hacia cara anterior y borde interno una zona elevada de aproximadamente 1 cm de diámetro mayor con superficie nodular.

La mucosa gástrica muestra hacia cara posterior y curvatura mayor del cuerpo un área de elevaciones de la mucosa con marcado enantema, superficie nodular con formaciones mamelonantes y ulceraciones, friable. Se realizó una impresión diagnóstica de lesión gástrica de aspecto neoplásico y se tomaron varias biopsias que demostraron: carcinoma difuso con células en anillo de sello.



BREVE ACTUALIZACIÓN

El cáncer gástrico es una enfermedad con una alta tasa de mortalidad a nivel mundial y cuya incidencia muestra una gran variabilidad geográfica. Es muy común en Japón, Europa Central, Escandinavia, Corea y Hong-Kong, pero es poco frecuente en los Estados Unidos, Dinamarca y Francia. En Latinoamérica también se observan importantes variaciones geográficas en su incidencia y mortalidad; mientras las tasas de mortalidad son muy altas en Chile, Costa Rica, Uruguay, Jamaica, Colombia y Ecuador. Son bajas en Méjico, Paraguay, El Salvador y República Dominicana. Al igual que en el resto del mundo existe una mayor mortalidad en los hombres (1). En el cáncer gástrico avanzado los grupos de edad más afectados son la sexta, séptima y quinta décadas de la vida. (2) La génesis del cáncer gástrico es multifactorial y conocida tan sólo de modo parcial. El *Helicobacter pylori* (Hp) está fuertemente implicado en la etiología del cáncer gástrico. El riesgo de infección a lo largo de toda la vida en países desarrollados es del 40 a 60 %, pero es muy alto en países en desarrollo donde puede alcanzar hasta el 90 %, como podemos observar en Latinoamérica. Las asociaciones de la bacteria con el cáncer gástrico son fundamentalmente de tipo serológico, ya que muestra una estrecha correlación entre los títulos de anticuerpos anti-Hp y cáncer gástrico. Las cepas *cagA* y *vacA* se han descrito asociadas a un mayor riesgo del cáncer gástrico distal de tipo diferenciado (intestinal) (3,4). Se han descrito otras

asociaciones que pueden presentar un mayor riesgo de cáncer gástrico como son la presencia del virus de Epstein-Barr, de adenomas gástricos, grupo sanguíneo A, anemia perniciosa, gastritis crónica atrófica y metaplasia intestinal, enfermedad de Menetrier, pacientes con síndrome de Peutz-Jeghers con hamartomas gástricos y los pacientes sometidos a una gastrectomía parcial por lesiones benignas a lo menos 15 años antes. Además se ha observado un riesgo mayor en sujetos expuestos a radiaciones ionizantes. Las evidencias epidemiológicas señalan que otros factores son de importancia: la adecuada conservación de los alimentos, cambios en la dieta como el consumo de vitamina C contenida en los vegetales y frutas, dietas con cereales, carotenoides, especies del género allium (ajo y cebolla) y té verde, se asocian a un riesgo reducido de cáncer gástrico. En oposición las dietas deficientes en frutas frescas y vegetales, así como un consumo exagerado de sal, se asocian con un riesgo incrementado de cáncer gástrico. (5,6) Si bien en un 5-10 % de los casos el cáncer gástrico puede presentarse antes de los 45 años, este tumor se diagnostica generalmente a partir de los 60 años en el cáncer intestinal y una década antes en el tipo difuso. La mayor parte de los casos cursa de modo asintomático hasta que el tumor afecta a la capa muscular y pasa a ser un tumor gástrico avanzado. Los síntomas de inicio son variables, inespecíficos y poco intensos. De entre ellos cabe destacar la sensación de disconfort en la región epigástrica, que ocasionalmente se presentará como dolor de tipo ulceroso. Más frecuentemente las molestias son de tipo dispéptico, que ocasionarán errores o retrasos en el diagnóstico: saciedad precoz, pesadez posprandial, distensión abdominal, náuseas y vómitos. Otras manifestaciones inespecíficas serían la astenia, anorexia progresiva, a veces con repugnancia para la carne, pérdida de peso y síndrome anémico, debido generalmente a pérdidas crónicas y ocultas y, ocasionalmente, a hemorragia digestiva alta. Los hallazgos del examen físico, a excepción del dolor epigástrico que eventualmente puede presentarse, revelan estadios muy avanzados de la enfermedad, y pueden incluir masa palpable ocupando el epigastrio (poco frecuente), hepatomegalia, palpación en la región supraclavicular izquierda de los ganglios de Virchow, signos de compromiso del estado general como pérdida de peso y palidez. (7) La panendoscopia oral constituye la técnica de elección para el diagnóstico de los tumores gástricos (sensibilidad y especificidad del 99 %) (7). No sólo representa la posibilidad de un excelente pronóstico para los casos incipientes, sino también debe destacarse que los cánceres avanzados con invasión hasta la muscular propia, denominados también "intermedios", tienen un pronóstico de supervivencia a 5 años de observación, luego de su tratamiento quirúrgico, del 70 % o más. Es por ello que debe existir prioridad en la realización de este proceder no sólo a pacientes con síntomas sugestivos de cáncer gástrico, sino a aquéllos con los siguientes requisitos:

- Pacientes de 40 o más años y dispepsia.
- Epigastralgia de más de 30 días de evolución asociada o no a Hematemesis, melena, anemia de etiología no filiada, pérdida de peso por causa no determinada, saciedad precoz postprandial, síndrome general.
- Paciente con riesgo de cáncer gástrico y dispepsia.

Estas lesiones son habitualmente muy evidentes y fáciles de distinguir, de modo que la responsabilidad del médico de indicar oportunamente la exploración debe ser siempre considerada.

Este proceder permite mediante biopsias dirigidas obtener muestras de tejido para el diagnóstico histológico. La toma de biopsias en el estómago es fácil y pueden ser obtenidas de cualquier sitio de este órgano, incluyendo maniobras de retroflexión, a

veces imprescindibles para abordar adecuadamente lesiones del tercio superior. El número de muestras debe ser el adecuado para el tipo y tamaño de la lesión. En las lesiones de pequeño tamaño la primera muestra de biopsia es la más importante, ya que el sangrado consecutivo a ella puede cubrir parcial o totalmente la lesión, dificultando la orientación de las biopsias siguientes .

El diagnóstico de confirmación se basa en criterios histológicos. El 90 % de los cánceres gástricos son adenocarcinomas, correspondiendo el 10 % restante a linfomas no hodgkinianos, tumores estromales y carcinoides. Según su naturaleza histológica se distinguen 2 tipos de adenocarcinomas gástricos: intestinal (células neoplásicas con estructuras de tipo glandular que forman una masa vegetante) y difuso (células muy indiferenciadas que invaden la pared gástrica engrosándola). (8) En los últimos años se ha demostrado un incremento en el cáncer gástrico de tercio superior, alcanzando porcentajes de alrededor del 40 % de las localizaciones y un aumento del cáncer gástrico de tipo indiferenciado (difuso), siendo ambas características consideradas factores de mal pronóstico.

La mortalidad del cáncer gástrico ha disminuido significativamente en Japón, lo que se atribuye a sus programas de detección precoz iniciados en 1960 y al desarrollo y extensión del uso de la cromoendoscopia, con un porcentaje creciente de casos detectados y tratados en sus estadios incipientes, los que presentan una supervivencia a 5 años de 90 % o más. En 1962 la Sociedad Japonesa de Endoscopia Digestiva estableció el concepto de cáncer gástrico incipiente (también denominado en otros países de habla hispana: precoz o temprano) como aquéllos confinados a la mucosa o a la mucosa y submucosa, independientemente del compromiso ganglionar que pudieran presentar. Sin embargo, disminuciones similares en las tasas de mortalidad por cáncer gástrico se han observado en Latinoamérica y a nivel mundial, donde a diferencia de Japón, el porcentaje de cáncer gástrico incipiente detectados aún es bajo, observación que sugiere que otros factores son importantes, además de su diagnóstico precoz.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Llorens P. Gastric Cancer in Latin America. International Symposium. Gastric Cancer Porto. 2004.p.4-7.
2. Corral F, Cueva P, Yépez J. Cáncer Gástrico. epidemiología: Carlos Robles; 2002. p. 3-12
3. Ramírez Ramos G. Helicobacter piloro en el Perú. Perú: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2003.
4. Da-Zhong Cao, Wei-Hao Sun, Xi-Long Ou, Qian Yu, Ting Yu, You-Zhenl. Effects of folic acid on epithelial apoptosis and expression of Bcl-2 and p53 in premalignant gastric lesions. World J Gastroenterol.2005 Mar 21 ;11(11): 1571-6.
5. Correa P, Piazuelo MB, Camargo MC. The future of gastric cancer prevention. Gastric Cancer. 2004; 7(1):9-16.
6. Nomura AM , Hankin JH, Kolonel LN, Wilkens LR, Goodman MT, Stemmermann GN. Case-control study of diet and other risk factors for gastric cancer in Hawaii (United States). Cancer Causes Control. 2003; 14: 547-58.
7. Sun XD, Mu R, Zhou YS, Dai XD, Zhang SW, Huangfu XM. Analysis of mortality rate of stomach cancer and its trend in twenty years in China. Zhonghua Zhongliu Zazhi. 2004; 26(3): 4-9
8. Espejo H, Navarrete J. Clasificación de los Adenocarcinomas del estómago. Rev Gastroenterol Perú.2003;19(2): 212.
- 9.

SUMMARY

In this presentation of a case we present a female 76-years-old patient, without previous pathologic background, assisted by tenacious to treatment dyspepsia and weight loss. We carried the study through oesophagus-stomach-duodenal radiography and upper digestive endoscopy. The diagnosis: signet ring cell carcinoma, was only possible by anatomopathologic study, samples obtained by endoscopic procedure.

MeSH:

STOMACH NEOPLASMS/diagnosis
STOMACH NEOPLASMS/etiology
STOMACH NEOPLASMS/pathology
ENDOSCOPIC GASTROINTESTINAL/methods
DYSPEPSIA/etiology
ADULT
HUMAN
FEMALE

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

Hernández Ortega A, González Folch R, Sánchez Cruz JC. Tumor gástrico. Presentación de caso. Rev méd electrón[Seriada en línea] 2007; 29(6). Disponible en URL: <http://www.cpimtz.sld.cu/revista%20medica/ano%202007/vol6%202007/tema.17.htm> [consulta: fecha de acceso]