

Cartas al Editor

Metástasis colónicas de carcinoma gástrico difuso en células de anillo de sello

Palabras clave: Cáncer gástrico. Metástasis colónicas.

Key words: Gastric cancer. Colonic metastases.

Sr. Editor:

El cáncer gástrico, a pesar de su descenso notable en la incidencia (1), sigue siendo una de las principales causas de muerte en todo el mundo (2) (20 muertes por cada 10⁵ habitantes por año) (3). El tipo difuso (atendiendo a la clasificación de Lauren) con presencia ocasional de células en anillo de sello, es menos frecuente y con peor pronóstico que el intestinal; ambos se diseminan habitualmente tanto por vía hemática como linfática (40-60%) (4), pudiendo llegar a afectar a órganos como (por orden de frecuencia): hígado (35-50%), pulmón (9-22%), hueso (1,9%) y sistema nervioso central (0,5-2%); siendo excepcional, sin referencias bibliográficas, la afectación de otros como colon; tal como es el caso del paciente que presentamos.

Caso clínico

Se trataba de un varón de 58 años con antecedentes de talasemia menor, apnea del sueño e intervenido de funduplicatura de Nissen, en seguimiento por el Servicio de Digestivo debido a alteraciones del tránsito intestinal, prurito, trastornos de esfínter anal y anemia ferropénica. Entre las pruebas realizadas, destaca colonoscopia donde se observaron varias lesiones ulceradas, vege-

tantes, irregulares, duras y friables en válvula ileocecal, colon ascendente y unión rectosigmoidea; el informe anatomopatológico fue de adenocarcinoma moderadamente diferenciado e infiltrante que afectaba a ciego, colon, sigma y recto. La endoscopia mostró a nivel de curvatura menor de estómago una gran úlcera excavada de 4 cm de la que se tomaron biopsias con diagnóstico de adenocarcinoma difuso con células en anillo de sello. Ante estos hallazgos (Fig. 1) se contactó con el Servicio de Cirugía General y se programó intervención quirúrgica realizándose gastrectomía total



Fig. 1. TAC con contraste intravenoso de abdomen (imagen de lumino-grama). Se aprecia engrosamiento de mucosa gástrica. A nivel de colon ascendente y ángulo esplénico-descendente se visualiza imagen de probable masa de bordes irregulares con rarefacción de la grasa adyacente.

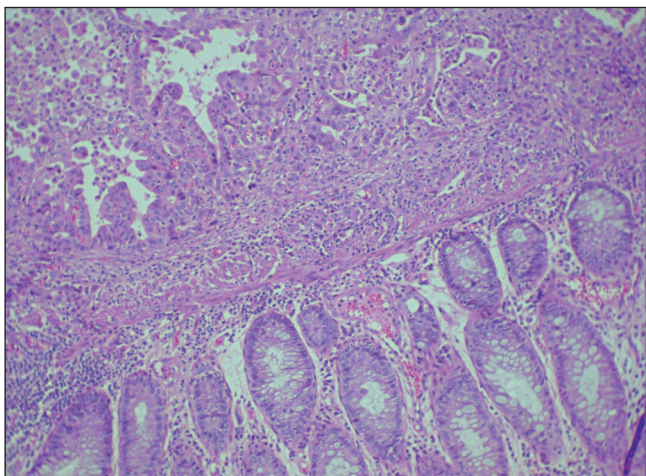


Fig. 2. Tinción con hematoxilina-eosina de metástasis en unión rectosigmoidea de cáncer gástrico en células de anillo de sello.

con linfadenectomía D2, esplenectomía más colectomía subtotal con anastomosis esófago yeyunal e ileorrectal. El estudio anatómopatológico de la pieza quirúrgica fue informada de carcinoma gástrico difuso en células de anillo de sello, con metástasis en el intestino delgado y grueso (Fig. 2) diseminación linfática a nivel de tronco celiaco, curvatura gástrica y periintestinal.

En el postoperatorio, destaca la presencia de un absceso subfénico y derrame pleural derecho que requieren ser drenados por radiología intervencionista. Al mes de ingreso se marcha de alta en revisión por el servicio de nutrición, cirugía y oncología, donde recibe tratamiento quimioterápico paliativo, previa colocación de reservorio, con cisplatino, una dosis semanal durante el periodo de un mes. Falleciendo al año de la intervención.

Discusión

En nuestro país la incidencia anual de cáncer gástrico se estima alrededor 15-20 casos por 10⁵ habitantes y año (8,6% de todos los casos nuevos de cánceres). La forma más frecuente de pre-

sentación es la variante adenocarcinoma de tipo intestinal (5,3). La forma histológica difusa (según clasificación de Lauren-Ming) con células de anillo de sello (como el que presenta nuestro paciente) corresponde al 3-39% de todos los cánceres gástricos (6), se caracteriza por afectar a personas jóvenes, con grupos sanguíneos predominante A, sin asociación con lesiones premalignas, escasa relación con factores ambientales, ser mal diferenciado y presentar una mayor afectación linfática (7); por vía hemática es excepcional la afectación colónica (8), como es el caso que nosotros presentamos, encontrando escasas referencias bibliográficas.

Maria Luisa Reyes Díaz, Cristina Torres Arcos,
Fernando Oliva Mompeán, Antonio Curado Soriano,
Claudio José Lizarralde Gómez y Francisco Cuaresma Soriano

*Unidad de Gestión Clínica. Hospital Universitario
Virgen Macarena. Sevilla*

Bibliografía

1. Powel DG, Kelsen DP, Shah MA. Advanced gastric cancer – Slow but steady progress. *Cancer Treat Rev* 2010;36:384-92.
2. Csendes A, Burdiles P, Braghetto I, Díaz J, Maluenda F, Korn O, et al. Resecabilidad y mortalidad operatoria de la gastrectomía subtotal y total en pacientes con cáncer gástrico avanzado, entre 1969 y 2004. *Rev Med Chile* 2006;134:426-32.
3. Parkin M, Bray F, Ferlay J, Pisani P. Global Cancer Statistics, 2002. *CA Cancer J Clin* 2005;55:74-108.
4. Motoori M, Takemasa I, Doki Y, Saito S, Miyata H, Takiguchi S, et al. Prediction of peritoneal metastasis in advanced gastric cancer by gene expression profiling of the primary site. *Eur J Cancer* 2006;42:1897-903.
5. Chiu CT, Kuo CJ, Yeh TS, Hsu JT, Liu KH, Yeh CN, et al. Early Signet Ring Cell Gastric Cancer. *Dig Dis Sci* 2011;56:1749-56.
6. Tapia O, Gutiérrez V, Roa JC, Manterola C, Villaseca M, Araya JC. Carcinoma de células en anillo de sello gástrico: Descripción clínico-morfológica y valor pronóstico. *Rev Chil Cirugía* 2010;62:458-64.
7. Venturelli F, Cárcamo C, Venturelli A, Cárcamo A, Born M, Jara C, et al. Survival of patients with signet ring cell carcinoma of the stomach, compared with patients with non ring cell gastric cancer. *Rev Chil Cirugía* 2008;60:398-402.
8. Lee HC, Lin KY, Tu HY, Zhang TA, Chen PH. Metastases from Gastric Carcinoma to in the form of Multiple Flat Elevated Lesions: a case report. *J Med Sci* 2004;20:11:552-7.