



Figura 1. Estómago con aumento de volumen en la región antral.

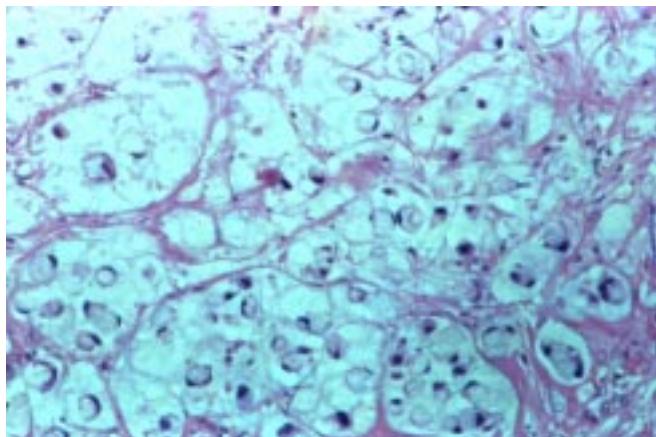


Figura 2. Células en anillo de sella con el núcleo desplazado a la periferia.



Figura 3. Trombo arterial con infarto pulmonar, lado derecho.

na reflujo gastroesofágico manifestado por agruras, pirosis y regurgitación.

En la exploración física se corrobora el ataque al estado general, con un paciente adelgazado, pálido y como manifestaciones de estenosis pilórica datos de deshidratación y signo de “chapaleo” gástrico.

El cáncer gástrico avanzado se disemina fuera del estómago por tres vías fundamentales: contigüidad, hemática y linfática. En la exploración física del paciente la presencia de tumoración palpable en epigastrio indica que el tumor se extiende por fuera de la serosa del órgano y la existencia de nódulo de 1.5 cm fijo a planos profundos; en región supraclavicular izquierda indica diseminación extragástrica (metástasis) a través del sistema linfático y corresponde a adenopatía por infiltración neoplásica conocida con los epónimos de: Ganglio de Virchow, Edwal o Irish. Su presencia constituye un factor de mal pronóstico y de intratabilidad.

La existencia de datos de condensación pulmonar con vibraciones vocales aumentadas, sugiere metástasis a este nivel o bien neumonía por broncoaspiración secundaria a reflujo gastroesofágico. El sitio de metástasis más frecuente del cáncer gástrico es el hígado, y secundariamente pulmonar, por lo que la existencia de afección pulmonar presupone afección metástásica hepática aunque clínicamente puede no ser evidente.

En los exámenes de laboratorio destaca la anemia con Hb. 9 g/dL. Secundaria a hemorragia crónica oculta, situación habitual en neoplasia gástricas y datos de desnutrición con albúmina de 2.15 gr/dr.

El diagnóstico del cáncer gástrico se fundamenta en la realización de endoscopia con toma de biopsias, y con fines de completar el expediente se requiere la realización de TAC abdominal, ultrasonografía hepática, telerradiografía de tórax; también son de utilidad el ultrasonido endoscópico, la laparoscopia y el ultrasonido laparoscópico.

El tratamiento del cáncer gástrico es eminentemente quirúrgico. La resección gástrica es el único tratamiento que ofrece posibilidad de curación, pero sólo en etapas tempranas, las etapas avanzadas o con metástasis a distancia se encuentran fuera de la posibilidad de tratamiento curativo y el manejo será únicamente paliativo. En el caso del paciente con un tumor que obstruye el píloro, con diseminación fuera del estómago, con metástasis ganglionares a distancia, seguramente pulmonares y hepáticas, las opciones de manejo paliativo son cirugías derivativas con gastroyeyunoanastomosis, o bien de no poderse realizar lo anterior, por el tamaño del tumor, yeyunostomía para alimentación.

El pronóstico del cáncer avanzado es muy malo y la muerte sobreviene en pocos meses inclusive en los operados, en un porcentaje alto. El evento final que ocasionó la muerte del paciente pudo estar condicionado por tromboembolia pulmonar, dado que este tipo de pacientes suelen cursar con estados de hipercoagulabilidad.