

CASO CLÍNICO

Presentación de cáncer gástrico como tumor de tejidos blandos

Dr. Heriberto Medina-Franco,* Dr. Leonardo Abarca-Pérez,* Dra. Laura J. Ortiz-López,* Dr. Carlos Hinojosa-Becerril*

*Dirección de Cirugía, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán.

Correspondencia: Dr. Heriberto Medina-Franco. Dirección de Cirugía, Sección de Cirugía Oncológica. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán. Vasco de Quiroga No. 15, Col. Sección XVI, Del. Tlalpan, D.F. Tel.: 5573-9321. Correo electrónico: herimd@hotmail.com

Recibido para publicación: 27 de junio de 2005.

Aceptado para publicación: 11 de julio de 2006.

RESUMEN. Las metástasis a tejidos blandos por cáncer gástrico son condiciones extremadamente raras. Este reporte de caso implica un hombre de 82 años con hipertrofia prostática benigna que presentó una masa en el glúteo derecho. El diagnóstico clínico diferencial fue sarcoma de tejidos blandos vs. neurofibroma. El paciente fue sometido a resección quirúrgica con diagnóstico histopatológico de carcinoma de células en anillo de sello. La búsqueda del tumor primario incluyó TAC de abdomen sin hallazgos relevantes y endoscopia de tracto superior que reportó una úlcera en antrum. La biopsia de esta lesión demostró un carcinoma de células en anillo de sello. La tomografía por emisión de positrones reveló enfermedad metastásica extensa. Se realizó una revisión extensa de la literatura en búsqueda de casos similares.

Palabras clave: metástasis, resección quirúrgica, carcinoma de células en anillo de sello.

INTRODUCCIÓN

Las metástasis a músculo esquelético son condiciones poco comunes¹ y la diferencia entre un sarcoma de tejidos blandos y carcinoma metastásico es difícil de realizar sin una biopsia.² Aunque existen numerosos reportes de caso,³⁻⁸ son pocos los estudios en relación con las características clínicas e imágenes de resonancia magnética nuclear (RMN) de metástasis a músculo esquelético.

El cáncer de pulmón es el tumor primario que metasta con mayor frecuencia a tejidos blandos, siendo el sitio más común el músculo esquelético de miembros inferiores. El cáncer gástrico es la neoplasia maligna del tracto gastrointestinal más frecuente en México.⁹ Esta neoplasia se disemina principalmente hacia ganglios linfáticos regionales y a distancia, hígado, pulmón, hueso

SUMMARY. Soft tissue metastasis of gastric cancer is extremely rare. We report an 82 year old male, who was being evaluated for benign prostate hyperplasia and incidentally a soft tissue mass in the right buttock was discovered. Differential diagnosis included neurofibroma vs. soft tissue sarcoma. Patient underwent surgical resection and pathologic analysis reported adenocarcinoma with ring cell differentiation. Postoperative work-up included a CT scan of abdomen and pelvis and upper gastrointestinal endoscopy. An ulcer in the gastric antrum was discovered and biopsied. Pathology reported the same tumor as the soft tissue mass. PET scan demonstrated extensive metastatic disease. We reviewed the literature looking for other cases of soft tissue metastasis of gastric cancer.

Key words: Metastasis, surgical resection, ring cell adenocarcinoma.

y glándula adrenal, así como por vía transcelómica a peritoneo y otros órganos intraabdominales. Las metástasis intramusculares son una situación extremadamente rara, existiendo sólo en reportes esporádicos de la literatura.⁴⁻⁷ La presentación de un cáncer gástrico como sarcoma de tejidos blandos es una situación anecdótica.^{2,10}

Presentamos un paciente con cáncer gástrico no diagnosticado que acudió por el hallazgo de una masa en el glúteo derecho.

REPORTE DE CASO

Masculino de 82 años de edad con diagnóstico de hipertrofia prostática benigna de larga evolución acudió al Servicio de Urología para seguimiento de este padecimiento. Al interrogatorio refirió pérdida de peso y unas molestias en el glúteo derecho al sentarse, sin otra sinto-

matología acompañante. A la exploración se encontró una masa móvil, no dolorosa de 9 x 5 cm de diámetro en la porción media del glúteo derecho, cerca del esfínter anal. El estudio de RMN demostró una lesión de 9 x 6.5 cm bien delimitada con reforzamiento periférico en la porción media del glúteo que desplaza la próstata y el ámpula rectal hacia la izquierda; extendiéndose hacia la región perineal (*Figura 1*). El diagnóstico diferencial fue sarcoma de tejidos blandos vs. neurofibroma.

La radiografía de tórax no demostró enfermedad metastásica, por lo cual el paciente fue llevado a quirófano para exploración. Se identificó la masa por debajo del glúteo menor y se logró resecar de forma completa sin mayor complicación. A la exploración macroscópica se identificó una masa amarilla de bordes regulares con haces fibrosos que midió 8.5 x 6.5 cm. El estudio histopatológico reportó un carcinoma con células en anillo de sello (*Figura 2*).

En la búsqueda del tumor primario se realizó una tomografía computada (TC) de tórax, abdomen y pelvis, y se encontró un ligero engrosamiento asimétrico del antrum gástrico. Posteriormente se realizó una endoscopia de tracto digestivo superior que reveló una úlcera infiltrante de 3 cm rodeada de lesiones polipoides. La biopsia de dicha úlcera fue confirmatoria para carcinoma con células en anillo de sello. Los estudios de laboratorio se encontraron en parámetros normales.

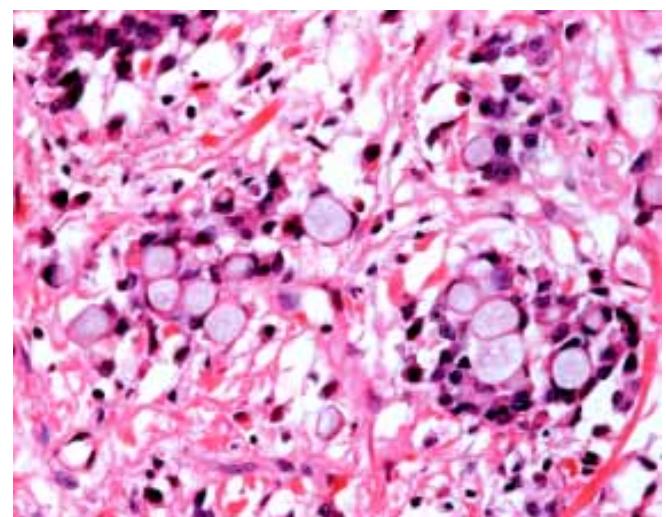


Figura 2. Microfotografía ilustrando adenocarcinoma con células en anillo de sello.

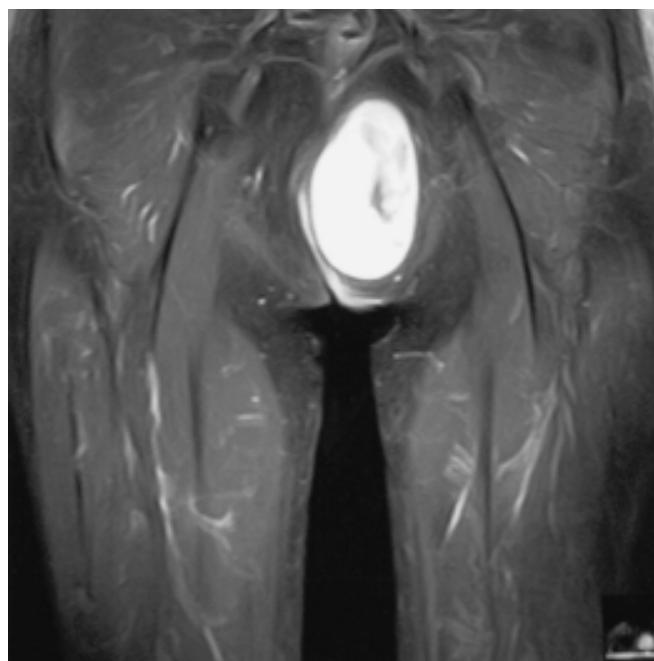


Figura 1. RMN demostrando una lesión sólida hiperintensa en el piso pérvico derecho.

Para completar el abordaje de enfermedad metastásica, se realizó una tomografía de emisión de positrones con 18-fluordesoxiglucosa (18-FDG PET), el cual demostró múltiples sitios con actividad metabólica aumentada, incluyendo una zona en la posición del ganglio de Virchow (*Figura 3*). El paciente se refirió al Servicio de Oncología médica para recibir quimioterapia sistémica, y fue egresado del hospital con buen estado general (escala de Karnofsky del 100%).

DISCUSIÓN

El cáncer gástrico es la neoplasia maligna más común del tracto gastrointestinal en nuestro medio y la segunda causa de muerte por cáncer.¹¹ El adenocarcinoma corresponde al 90% de estas neoplasias. Conforme a la clasificación de Lauren, el adenocarcinoma gástrico se divide en:

1. Tipo difuso (más frecuente en fondo y cuerpo gástrico, de peor pronóstico).
2. Tipo intestinal (más frecuente en la porción distal del estómago).

El cáncer gástrico puede invadir por contacto directo al tejido perigástrico y ocasionalmente invade o se adhiere a estructuras adyacentes como páncreas, colon o hígado. Por orden de frecuencia se disemina a ganglios regionales, órganos vecinos como colon y páncreas y ganglios a distancia (incluyendo el ganglio superclavicular o de Virchow). Existe también diseminación trans-

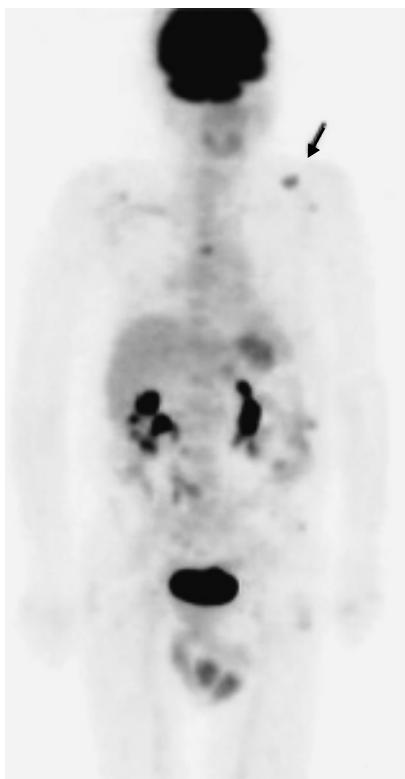


Figura 3. Un 18-FDG PET scan mostrando múltiples sitios de actividad metabólica aumentada, incluyendo en el sitio correspondiente al ganglio de Virchow (flecha).

celómica que permite la implantación de células malignas a peritoneo y ovarios (tumor de Krukenberg). La metástasis hematogena son principalmente a hígado, pulmón, hueso, sistema nervioso central y en forma extraordinaria a otros tejidos. Las metástasis del cáncer gástrico hacia tejidos blandos son una situación extremadamente rara, existiendo sólo casos esporádicos en la literatura.^{3-6,10} En la mayoría de los reportes los pacientes refirieron síntomas gastrointestinales como anorexia, saciedad temprana, y pérdida de peso durante la valoración primaria. Al momento de completar la evaluación del paciente se encontró enfermedad metastásica en tejidos blandos, principalmente en músculo esquelético. Incluso existen casos donde se reporta las metástasis de músculo esquelético como síntoma de presentación, incluyendo dos series de 12 y 15 pacientes, respectivamente.^{2,10}

En este reporte presentamos el raro caso de un paciente de edad avanzada con carcinoma gastrointestinal no diagnosticado que se manifestó como una masa de tejidos blandos semejando un sarcoma, con ausencia de síntomas gastrointestinales que hubieran podido sugerir el diagnóstico de la lesión primaria en estómago. De manera excepcional se han reportado diferentes tipos de carcinomas que cursan con metástasis hacia músculo esquelético.³⁻⁸ En una revisión de 52 pacientes

realizada por Herring,² describió que los tumores primarios más comunes con metástasis a músculo esquelético fueron pulmón en 35%, tracto gastrointestinal en 23% y riñón en 19%. Otros sitios de tumor primario incluyeron laringe, hipofaringe, lengua, cérvix, páncreas, hígado y piel. Las características clínicas de la enfermedad metastásica a músculo esquelético es difícil diferenciar de aquéllas por sarcomas de tejidos blandos en diversos aspectos.¹² Tuoheti, et al.¹⁰ sugirieron que una “masa dolorosa” puede ocurrir en mayor frecuencia en aquellos casos con metástasis a músculo esquelético que en aquéllos con sarcoma de tejidos blandos, aunque no existe información objetiva para confirmar esta impresión. Ambos autores, Tuoheti y Herring,^{2,10} definieron que el diagnóstico se establece principalmente por biopsia incisional. Sin embargo, antes de contar con el diagnóstico histopatológico, la evaluación radiográfica de la lesión en ocasiones provee información valiosa en relación al abordaje sistémico y el tratamiento de dicha lesión.¹³ En comparación con la RMN, la radiografía simple y la TC fueron de menor utilidad en caracterizar y definir la masa. Por consiguiente, la RMN es un estudio que revela información valiosa para establecer el diagnóstico, así como planear una estrategia terapéutica. En el presente caso no existieron hallazgos clínicos ni radiológicos que pudieran sugerir el diagnóstico de lesión metastásica.

La imagen de RMN en T2 careció de reforzamiento, inclinando el diagnóstico hacia sarcoma de tejidos blandos, por lo que se decidió someter al paciente a resección quirúrgica de la lesión. El paciente no proporcionó información precisa sobre la historia y evolución de la masa. La historia natural de las metástasis a tejidos blandos no ha sido bien establecida. Algunos reportes en la literatura han mostrado mayor incidencia de estas lesiones en pacientes con lesiones malignas de larga evolución, encontrando metástasis en tejidos blandos después de un periodo de dos a siete años posterior al diagnóstico de cáncer. El aumento súbito de metástasis a tejidos blandos después de dos años del diagnóstico puede o no estar relacionada con el aumento en la incidencia de carcinoma en la población estudiada conforme a la edad y otros factores.¹⁴

Algunos autores¹⁰ sugieren que en pacientes seleccionados la excisión de la masa dolorosa logrará mejorar la sintomatología local y ofrecerá una mejor calidad de vida. Tuoheti¹⁰ reportó en su serie que en comparación con una excisión amplia, la radioterapia también controló de manera efectiva el dolor y el tamaño de la lesión metastásica en algunos pacientes.

En conclusión, la aparición de una masa en tejidos blandos en la población general sugiere realizar una investigación extensa. Características como masa dolorosa, reforzamiento peritumoral extenso en la imagen por RMN son comunes en lesiones metastásicas. Partiendo de que las lesiones metastásicas de los carcinomas son un evento tardío en la progresión de la enfermedad, el tratamiento de estos pacientes debe ser específico. En general, una excisión amplia, quimioterapia, radioterapia o una combinación de estas tres modalidades ofrecen generalmente resultados paliativos satisfactorios.

REFERENCIAS

1. Seely S. Possible reasons for the high resistance of muscle to cancer. *Med Hypotheses* 1980; 6: 133-7.
2. Herring CL Jr, Harrelson JM, Scully SP. Metastatic carcinoma to skeletal muscle. A report of 15 patients. *Clin Orthop* 1998; 355: 272-81.
3. Sudo A, Ogihara Y, Shiokawa Y. Intramuscular metastasis of carcinoma. *Clin Orthop* 1993; 296: 213-17.
4. Amano Y, Kumazaki T. Gastric carcinoma metastasis to calf muscles: MR findings. *Radiat Med* 1996; 14: 35-6.
5. Kammori M, Seto Y, Haniuda N, Kawahara M, Takubo K, Endo H, Kamimishi M. A case of bone metastasis from gastric carcinoma after a nine-year disease-free interval. *Jpn J Clin Oncol* 2001; 31: 407-9.
6. Pinto F, Falleni A, Campoccia S, Lischi DM. Muscular metastasis of a gastric carcinoma: the first sign of a recurrence of the disease. A case. *Radiol Med* 1998; 95: 667-8.
7. Oba K, Nakatami Ch, Okamura K, Yamaguchi H. An elderly patient with gastric carcinoma developing multiple metastasis in skeletal muscle. *J Nippon Med Sch* 2001; 68: 271-4.
8. Sridhar KS, Rao RK, Kundhart B. Skeletal muscle metastasis from lung cancer. *Cancer* 1987; 59: 1530-4.
9. Oñate-Ocaña L. Cáncer gástrico. En: Medina-Franco H (eds.). Cirugía oncológica. Principios y práctica. 1a. Ed. México: Editores de Textos Mexicanos; 2005, p. 222-9.
10. Tuoheti Y, Okada K, Osanai T, Nishida J. Skeletal muscle metastases of carcinoma: a clinicopathological study of 12 cases. *Jpn J Clin Oncol* 2004; 34: 210-14.
11. Fuchs CS, Mayer RJ. Gastric Carcinoma. *N Eng J Med* 1995; 332: 32-41.
12. Hatori M, Sasano H, Hoshikawa K, Sakuma T, Okaniwa G. Skeletal muscle metastasis secondary to adenocarcinoma of the lung. *Orthopedics* 1996; 4: 145-7.
13. Karnsdorf MJ, Jelinek JS, Moser RP Jr, Utz JA, Brower AC, Hudson TM, et al. Soft-tissue masses: diagnosis using MR imaging. *Am J Roentgenol* 1989; 153: 541-7.
14. Matsubara T, Yamada K, Nakagawa A. Risk of second primary malignancy after esophagectomy for squamous cell carcinoma of the thoracic esophagus. *J Clin Oncol* 2003; 21: 4336-41.