

## CASO CLÍNICO

# Infiltración a médula ósea como manifestación temprana de carcinoma gástrico

Dr. Ignacio Guerrero-Hernández,\* Dr. Jorge Hernández-Calleros,\* Dra. Mariana Weimersheimer-Sandoval,\*\* Dr. Aldo Montaña-Loza\*

Departamentos de Gastroenterología\* y Patología.\*\* Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán.

Correspondencia: Dr. Ignacio Guerrero Hernández, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, México, D.F. Vasco de Quiroga #15, sección XVI, Tlalpan. C.P. 14000. Tel.: 5573-1200, ext. 2706. Correo electrónico: guerrerogallo@yahoo.com

Recibido para publicación: 5 de mayo de 2005.

Aceptado para publicación: 16 de abril de 2007.

**RESUMEN.** La infiltración sintomática a medula ósea como manifestación temprana de cáncer gástrico es una entidad extremadamente infrecuente y existen pocos informes en la literatura mundial. En este trabajo se presenta el caso de una mujer de 47 años que acudió a nuestro Instituto por presentar trombocitopenia, anemia, fiebre, pérdida ponderal involuntaria y linfadenopatía, acompañada de dispepsia. Durante su evaluación diagnóstica se estableció el diagnóstico de carcinoma gástrico oculto. El objetivo de este artículo es mostrar las características clínicas, radiológicas y patológicas de esta presentación inusual del cáncer gástrico, además se describe una breve revisión de la literatura en cuanto a los casos reportados y sus implicaciones clínicas.

**Palabras clave:** infiltración, medula ósea, cáncer gástrico.

**SUMMARY.** The symptomatic infiltration to bone marrow by gastric carcinoma is an extremely infrequent condition even so as an early manifestation. Very few reports exist in the worldwide literature about it. In this paper we report a case of a 47 years woman who was attended in our Institute because of the presence of thrombocytopenia, anaemia, fever, involuntary weight loss and lymphadenopathy, and also dyspepsia. Through her diagnostic evaluation the diagnosis of an occult gastric cancer was established. The aim of this report is to present the clinical, radiological and pathological characteristics of this unusual presentation of gastric cancer, and also we present a brief literature review of the cases that had been reported and their clinical implication.

**Key words:** Infiltration, bone marrow, gastric cancer.

## INTRODUCCIÓN

Es poco frecuente que en la práctica diaria se investigue la presencia de infiltración a médula ósea (MO) en pacientes con carcinoma gástrico (CG). La afección de MO por CG es una entidad bien documentada.<sup>1</sup> Algunos estudios han comentado sobre la presencia de micrometástasis a nivel de MO como mal pronóstico y predictor de recurrencia temprana posterior a resección quirúrgica<sup>2</sup> y también existen reportes de infiltración de MO por CG posterior a 19 años de resección del tumor primario.<sup>3</sup> Sin embargo, la presentación de un CG con manifestaciones hematológicas primarias por infiltración de medula ósea, es extremadamente infrecuente. El objetivo de este reporte es presentar las características clínicas, radiológicas y patológicas de esta presentación inusual del cáncer

gástrico, además se describe una breve revisión de la literatura en cuanto a los casos reportados y sus implicaciones clínicas.

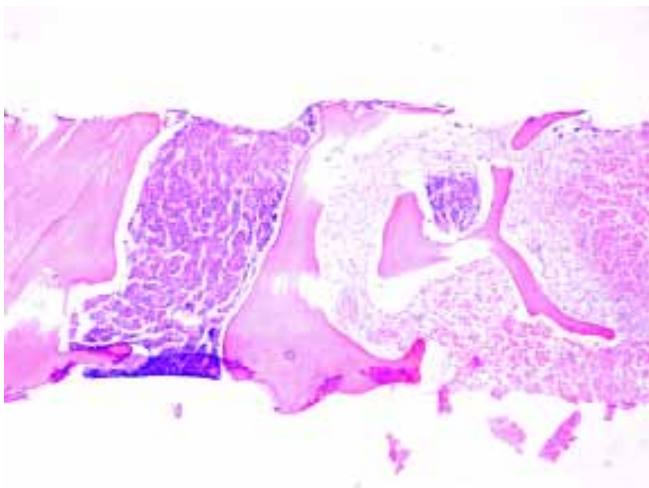
## PRESENTACIÓN DEL CASO

Mujer de 47 años de edad con antecedentes de tabaquismo (20 paquetes año) sin otros antecedentes de importancia, inició su padecimiento en julio del 2004 caracterizado por dolor en hipocondrio derecho, náusea y vómito postprandial. Se realizó panendoscopia que mostró: esofagitis, hernia hiatal, gastritis y duodenitis, se inició tratamiento con bloqueador de bomba de protones con mejoría de los síntomas. En febrero de 2005 comenzó con dolor a nivel de cadera, intenso de características transfectivas e irradiado a miembros inferiores, limitando la deambula-

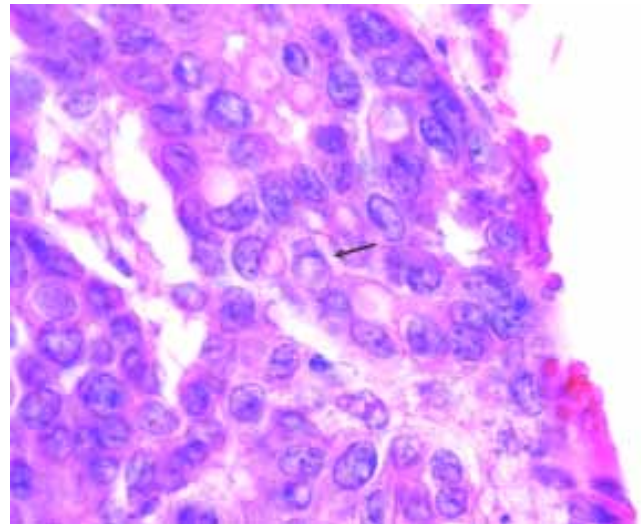
ción, a lo que se agregó astenia, adinamia, fiebre, pérdida de 5 kg de peso y melena. Acudió a nuestro instituto el 23 de marzo de 2005. Se encontró paciente en malas condiciones generales, palidez generalizada, tensión arterial 80/50, frecuencia cardíaca 110 y prueba de guayaco positiva. Los resultados de laboratorio relevantes fueron: Hb 6.4 g/dL, VCM 83, CMHC 34, Leu 4.3, Neu 76%, Lin 9%, DHL 1033 y alb 1.97. Se le transfundieron tres paquetes globulares. Posteriormente se realizó panendoscopia que reportó la presencia de una lesión tumoral y sangrado en capa a nivel de cuerpo gástrico. Una TAC de tórax y abdomen demostró crecimiento de ganglios peicarinales, periaórticos e intercavo-aórticos, hepatomegalia de 18 cm y pared gástrica engrosada de manera



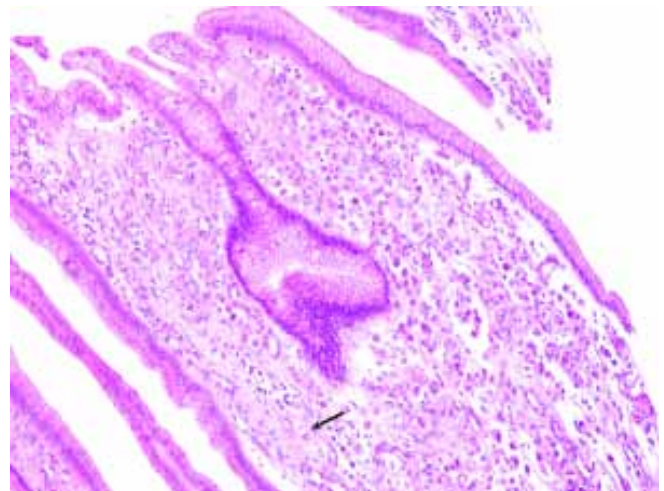
**Figura 1.** Tomografía de abdomen que muestra engrosamiento difuso de la pared gástrica.



**Figura 2.** Infiltración por adenocarcinoma gástrico a médula ósea en donde también se observa necrosis y mielofibrosis.



**Figura 3.** Infiltración por células en anillo de sello a médula ósea.

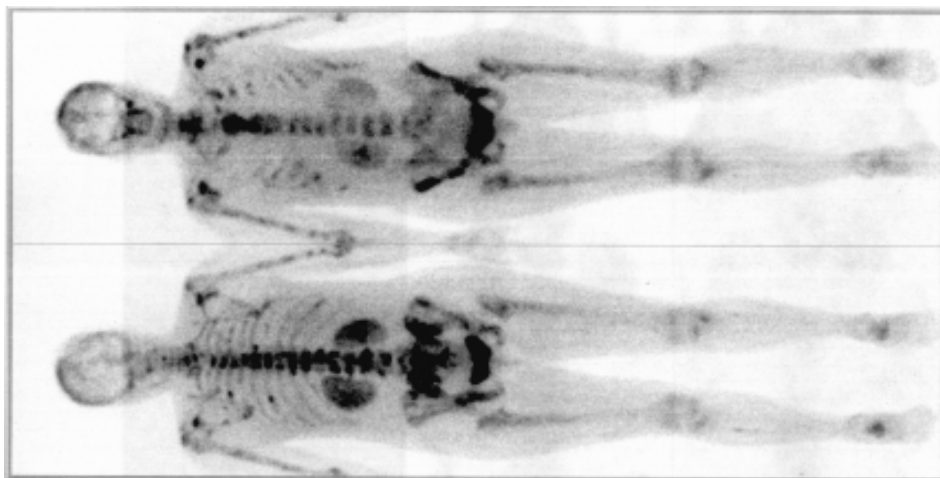


**Figura 4.** Adenocarcinoma difuso poco diferenciado con células en anillo de sello.

difusa (Figura 1). Se realizó biopsia de médula ósea que reportó infiltración por adenocarcinoma, mielofibrosis y necrosis (Figura 2). Se realizó toma de biopsia endoscópica que reportó: adenocarcinoma gástrico poco diferenciado con células en anillo de sello (Figuras 3 y 4). También se realizó gammagrama óseo que mostró la presencia de múltiples metástasis a nivel de esqueleto axial y en región costal (Figura 5). La evolución fue hacia el deterioro, falleció el 6/abril/05.

## DISCUSIÓN

Se trata de un caso de CG con infiltración a MO en una paciente de 47 años, donde los signos y síntomas de



**Figura 5.** Gammagrama óseo con presencia de metástasis en esqueleto axial y costillas.

presentación simulan una enfermedad mieloproliferativa, donde la biopsia de médula ósea reportó la presencia de infiltración por adenocarcinoma poco diferenciado con células en anillo de sello. Son diversas las alteraciones hematológicas descritas en pacientes con carcinoma gástrico: anemia de diversas etiologías, reacciones leucemoides, trombocitopenia y coagulación intravascular diseminada, entre otras. En un estudio realizado por Gabrys K y cols.,<sup>4</sup> en donde se estudiaron 13 pacientes con alteraciones hematológicas asociadas a CG, se encontró que cinco de los 13 pacientes tenían afección a MO. La infiltración a médula ósea (con presencia de micrometástasis) se ha descrito en pacientes con CG que no presentan evidencia de lesión a ningún otro nivel y por demás asintomáticos, relacionándose con recurrencia temprana de la enfermedad y un mal pronóstico.<sup>2,5</sup> Existen pocos casos reportados de CG que debutan como una enfermedad hematológica en donde el examen endoscópico repetido y la toma de biopsia aún sin presencia evidente de tumor fueron la única manera de confirmar el diagnóstico de CG,<sup>4</sup> como es el caso de esta paciente. En algunos casos se sugiere a la MO como un reservorio latente, en donde se ha observado la presencia de infiltración hasta 10, 11 y 19 años después, presentándose como enfermedad hematológica sin evidencia de recurrencia local o metástasis o en algún otro sitio.<sup>3,6,7</sup> El pronóstico de los pacientes con infiltración y/o necrosis a nivel de médula ósea se ha descrito desde tiempo atrás como un factor de muy mal pronóstico,<sup>8</sup> lo cual ha permanecido sin cambios a través del tiempo, como se pudo observar en este caso.

En conclusión, la infiltración a MO sintomática como manifestación temprana de un CG oculto es sumamente infrecuente, a nuestro conocimiento sólo cuatro ca-

sos han sido reportados a nivel mundial.<sup>4,6,7,9</sup> Por otra parte, la infiltración sin síntomas es un evento relativamente frecuente, llegándose a encontrar micrometástasis a este nivel hasta en 20% de los pacientes con enfermedad localizada que son sometidos a cirugía, según lo reportado por Kakeji y cols.;<sup>5</sup> sin embargo, es raro que las alteraciones hematológicas constituyan los síntomas de presentación de la enfermedad. La infiltración evidente o necrosis de MO constituyen un sombrío pronóstico independientemente del manejo, por lo tanto la principal importancia actual de documentar infiltración a nivel de MO es pronóstica, para lo cual ya se están evaluando diferentes técnicas de detección de micrometástasis.<sup>9,10</sup>

Por último, es importante señalar que la mayor parte de los estudios reportados en la literatura son orientales, existiendo muy pocos estudios occidentales que toquen este tema.

#### REFERENCIAS

1. Rayan P, McCarthy S, Kelly J, et al. Prevalence of bone marrow micrometastases in esophagogastric cancer patients with and without neoadjuvant chemoradiotherapy. *J Surg Res* 2004; 117: 121-6.
2. Macadam R, Sarella A, Wilson J, et al. Bone marrow micrometastases predict early post-operative recurrence following surgical resection of oesophageal and gastric carcinoma. *Eur J Surg Oncol* 2003; 29: 450-4.
3. Omin R, Hatori M, Sano H, et al. Super bone scan due to bone marrow metastases appearing 19 years after surgery for early gastric cancer—a case report. *Ups J Med Sci* 2004; 109: 49-56.
4. Gabrys K, Nowicka J, Medras E, et al. Haematologic changes in gastric cancer. *Pol Tyg Lek* 1995; 50: 809-11.
5. Kakeji Y, Maehara Y, Shibahara, et al. Clinical significance of micrometastasis in bone marrow of patients with gastric cancer and its relation to angiogenesis. *Gastric Cancer* 1999; 2: 46-51.
6. Shiozaki M, Ishida K, Hasegawa M, et al. Case of disseminated carcinomatosis of bone marrow with severe alkalinephosphatase, manifested 10

- year after resection of early gastric cancer. *Nippon Shokakibyo Gakkai Zasshi* 2004; 101: 879-84.
7. Mizuno I, Izeki O, Nakahara S, et al. Disseminated carcinomatosis of the bone marrow occurring 11 years after subtotal gastrectomy for gastric cancer. *Rinsho Ketsueki* 1998; 39: 670-5.
  8. Karaly JF 3rd, Wheby MS. Bone marrow necrosis. *Am J Med* 1976; 60: 361-18.
  9. Oki E, Maehara Y, Takunaga E, Shibahara K, et al. Detection of disseminated cancer in bone marrow of gastric cancer using real time quantitative reverse transcriptase chain reaction. *Cancer Lett* 2002; 188: 191-8.
  10. Matsunami K, Nakamura T, Oguma H. Detection of bone marrow micro-metastasis in gastric cancer patients by immunomagnetic separation. *Ann of Surg Oncol* 2003; 10: 171-5.