

Adenocarcinoma gástrico metastásico a bazo: Reporte de un caso y revisión de literatura

Karla de Guadalupe Trinidad Juárez,* Agustín I. Rodríguez Blas,†
Teófilo Pérez Corona A,‡ Martín Antonio Manrique,^{||} Gustavo Casián Castellanos§

RESUMEN

La mayoría de las neoplasias gástricas son malignas y de éstas la más frecuente es el carcinoma, el cual se ha clasificado como el segundo tumor maligno más frecuente en el mundo; es muy común que la mayoría de los pacientes se diagnostican con la enfermedad avanzada. Uno de los principales órganos a los cuales da metástasis es al hígado, principalmente, sin embargo, las metástasis esplénicas son realmente infrecuentes, y suceden cuando se ha dado una carcinomatosis peritoneal o afectación a órganos vecinos previamente. Dentro de algunos factores de riesgo se encuentran algunos hábitos dietéticos, herencia y, sobre todo, colonización de la mucosa gástrica por *H. pylori*, el cual está clasificado por la OMS como un carcinógeno tipo I.

Palabras clave: Adenocarcinoma gástrico, metástasis, bazo.

ABSTRACT

The majority of the gastric neoplasias are malignant and of these the most frequent is the carcinoma, which has qualified as the most frequent second malignant tumor in the world; it is very common that the majority of the patients diagnose with the advanced disease. One of the principal organs to which it gives metastasis is to liver principally, nevertheless the metastases esplénicas are really infrequent, and happen when one has given a carcinomatosis peritoneal or affection to neighboring organs before. Inside some factors of risk they find some dietetic habits, inheritance and especially settling of the mucous gastric one for *H. pylori*, which is classified by the OMS as a carcinogen type I.

Key words: Gastric adenocarcinoma, metastasis, spleen.

INTRODUCCIÓN

Las metástasis esplénicas en el cáncer gástrico son realmente infrecuentes, siendo inferior a la decena el número de casos publicados en la literatura.¹ Suelen aparecer en el contexto de una carcinomatosis peritoneal o de la afectación de otros órganos vecinos y otras metástasis a distancia; debido a sus características anatómicas e histológicas del bazo, así como su función inmunológica éste podría estar protegido de la presencia de metástasis.² En otras ocasiones se trata de una invasión por contigüidad en los casos de tumoración en la curvatura mayor del estómago hacia el ángulo esplénico. Durante el seguimiento, las

metástasis del bazo se pueden detectar por elevación del antígeno carcino embrionario (CEA) y tomografía axial computada (TAC),² así como con el uso de la ecografía abdominal y de pruebas de imagen a través de emisión de positrones por tomografía, PET (positron emission tomography).¹

El carcinoma gástrico representa 90 a 95% de toda la patología gástrica maligna; es el segundo tumor maligno más frecuente en el mundo diagnosticándose 875,000 nuevos casos por año a nivel mundial, siendo la mayor parte de ellos en estadio avanzado, con sobrevida a los cinco años de 5 a 15%.^{3,4} Actualmente la tasa de incidencia en hombres de raza negra y raza blanca duplica la del sexo femenino, con una incidencia mayor a partir de los 50 años y se incrementa con la edad.⁵ Dentro de los factores de riesgo de mayor importancia se encuentra la infección por *H. pylori* que se ha clasificado por la OMS como un carcinógeno tipo 1,⁶ aumentando su incidencia de 6-8 veces más en personas infectadas;⁷ asimismo, los alimentos en

* Médico de Diplomado de Ultrasonido.

† Médico Radiólogo, adscrito al Servicio de Radiología e Imagen, H.M.

‡ Médico Cirujano Endoscopista, adscrito al Servicio de Endoscopia, HJM.

§ Jefe de Servicio de Radiología e Imagen, HJM

|| Jefe de Servicio de Endoscopia, HJM.

conserva y salados, tabaquismo, grupo sanguíneo A positivo, antecedentes familiares se encuentran también dentro de los factores de riesgo más comunes; reportando la literatura que cuando existen antecedentes heredo familiares de la patología la incidencia en éstos es 2-3 veces mayor.⁸ Conforme a la incidencia en su topografía, el cardias y fundus tienen una incidencia de 30 a 40%, cuerpo gástrico 15%, antro 35% , difusos 10 a 20%.⁵ En nuestro medio al momento del diagnóstico son en general cánceres avanzados entendiendo por tal a aquél que sobrepasa la submucosa; a nivel local en profundidad, la presencia de sangrado o anemia traduce el compromiso de la submucosa, la plenitud precoz traduce un compromiso de la capa muscular, una tumoración palpable sugiere invasión de la serosa, si bien su ausencia no la descarta (presente en 80% de los tumores avanzados).⁷ Una pieza clave en el diagnóstico son los estudios imagenológicos, como serie esofagogastro duodenal (SEG D), endoscopia y estudio anatomopatológico, sin duda nos llevarán a su diagnóstico.⁹

Para su confirmación diagnóstica, la ecografía nos permite visualizar en tiempo real el estado invasivo o no de órganos vecinos o metástasis.⁹ La endoscopia y la ultrasonografía endoscópica (USE) han tenido un gran avance en el campo de la estadificación de las neoplasias del tracto digestivo, ya que la USE permite valorar el grado de afectación de la pared del tubo digestivo por la lesión, la existencia de invasión vascular o de estructuras vecinas y la presencia de adenopatías.¹⁰ La ecoendoscopia es el método más sensible para valorar el grado de invasión en la pared (90-95%), tiene una sensibilidad similar a la tomografía axial computada (TAC) para adenopatías peri-

gástricas (50-80%). La tomografía toraco abdominal con contraste intravenoso o vía oral tiene una exactitud de 60 a 70% para identificar el tumor primario y de 40 a 70% para identificar compromiso linfático regional, 70% para la carcinomatosis peritoneal y 60% para las metástasis hepáticas.¹¹

CASO CLÍNICO

Femenina de 75 años de edad, sin antecedentes de importancia. Ingres a Oncología para estadificación de carcinoma gástrico. Presenta disminución del peso corporal de hasta 10 kilogramos en cinco meses, pirosis acompañado de saciedad temprana y distensión abdominal; dolor en región de epigastrio e hipocondrio izquierdo, así como esplenomegalia. Los laboratorios reportan hemoglobina 10.2 g/L con hematocrito de 33.4%, Grupo y Rh A Positivo, antígeno carcinoembrionario de 1.0 ng/mL, deshidrogenasa láctica 947 U/L.

Se realiza rastreo ecográfico identificando hígado y páncreas mostrando parénquimas homogéneos y aparentemente normales (Figura 1).

El bazo se muestra aumentado de tamaño, con el parénquima heterogéneo por la presencia de múltiples imágenes hipocogénicas redondas de bordes bien definidos, los cuales distorsionan la ecoestructura del mismo, y que a la modalidad Doppler color muestran vascularidad en su periferia (Figuras 2 y 3).

La tomografía axial computarizada (TAC) de abdomen y pelvis mostró en los cortes tomográficos imágenes en relación con el proceso neoplásico infiltrativo de estómago

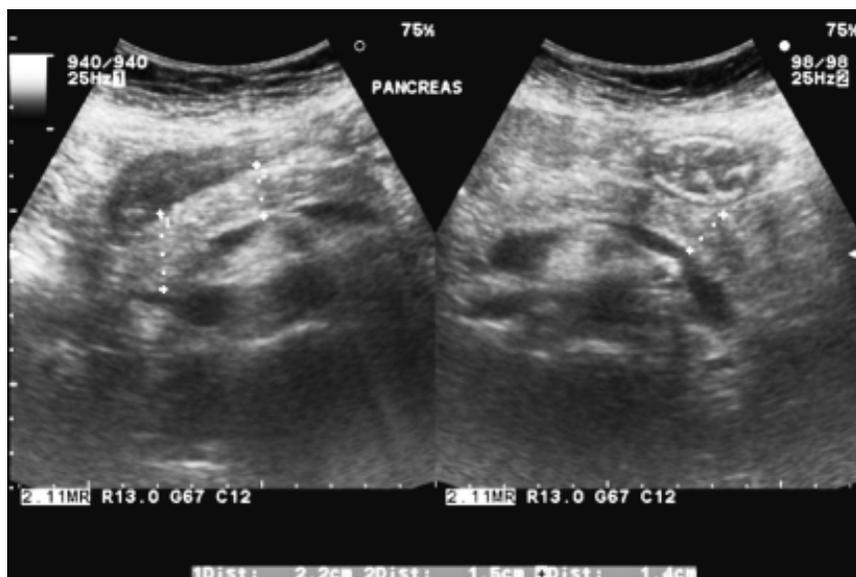


Figura 1. Ecografía de páncreas sonográficamente sin alteraciones aparentes.

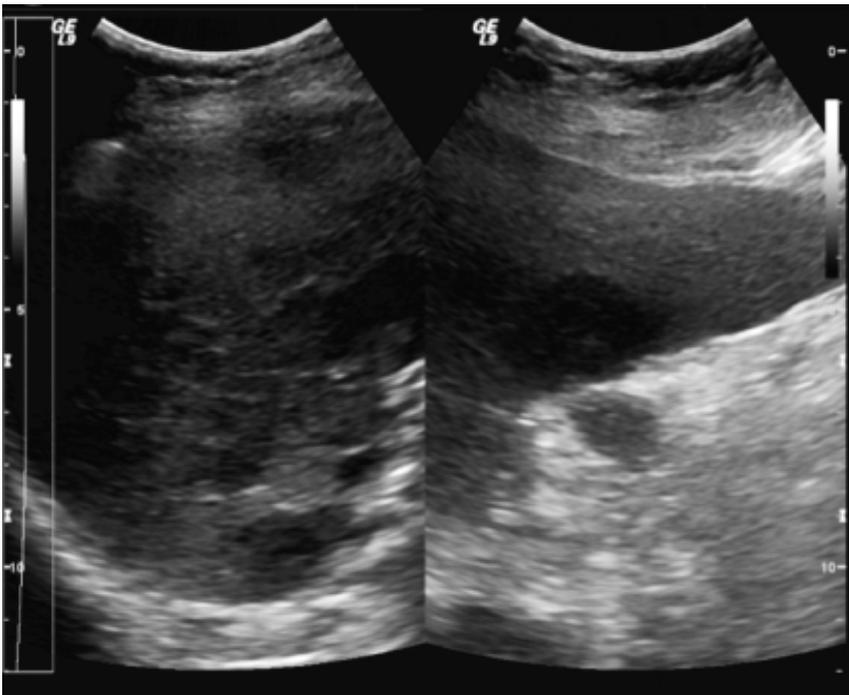


Figura 2. Bazo con múltiples imágenes hipoeoicas, las cuales se distribuyen de manera difusa.

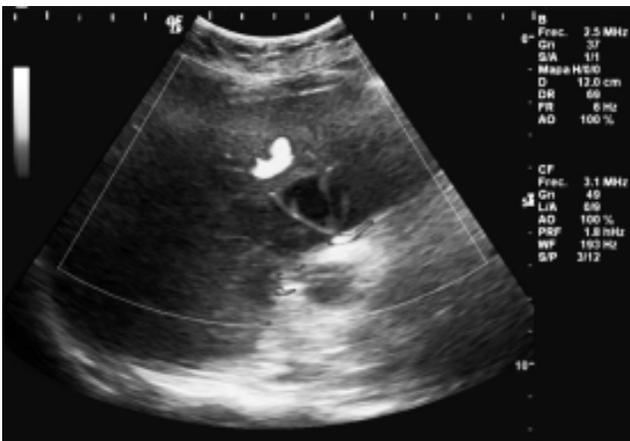


Figura 3. A la modalidad Doppler color dichas lesiones muestran vascularidad periférica.



Figura 4. Tomografía contrastada que muestra lesión en fondo gástrico elevada con reforzamiento heterogéneo localizada en fondo gástrico.

(Figura 4) con lesiones hipodensas redondeadas esplénicas, esplenomegalia y adenomegalias (Figura 5 y 6) localizadas por debajo de los vasos renales con dimensiones mayores a 2 centímetros (Figura 7).

Posteriormente se realizó panendoscopia, la cual reportó a nivel de la cara posterior del cuerpo gástrico una lesión de aspecto infiltrativo de bordes elevados, irregulares, friables, fondo excavado cubierto por material necrótico, con límite proximal en el cardias y el distal en la unión del cuerpo con el antro gástrico y la vertiente posterior de la curvatura mayor, clasificándolo como un cáncer gástrico

Bormann III, se tomaron muestras para estudio histopatológico.

El ultrasonido endoscópico reportó a nivel de cuerpo gástrico proximal, curvatura mayor, vertiente posterior, una lesión hipoeoica, dependiente de la mucosa gástrica, condicionando la pérdida de la ecoestructura de la misma con invasión de la serosa, hilio esplénico y cola del páncreas, así como desplazamiento y compresión de la vena y arteria esplénicas exactamente antes del hilio.

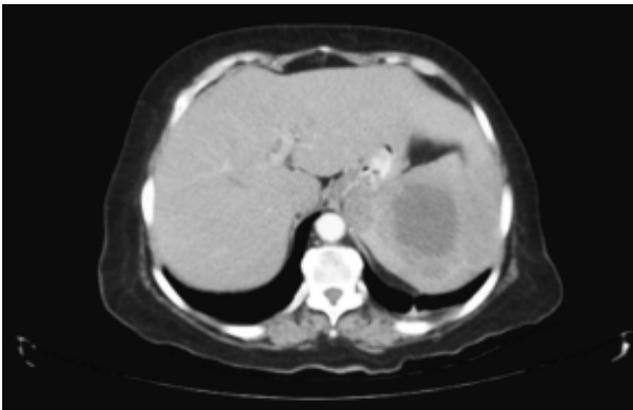


Figura 5. Corte axial de TC en fase contrastada en donde se visualiza hepatomegalia y un bazo heterogéneo.

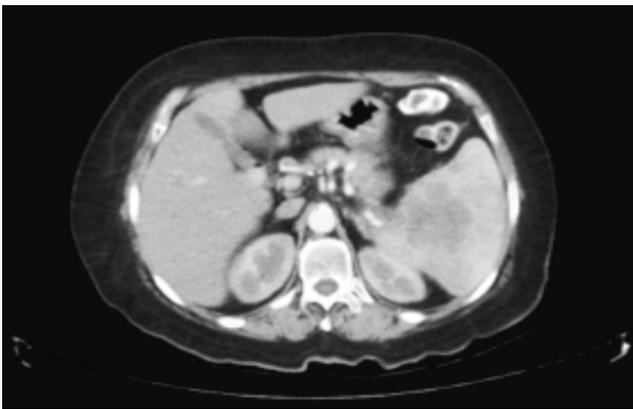


Figura 6. TC de bazo en fase contrastada con múltiples imágenes hipodensas y redondeadas, con discreto realce periférico y de aspecto redondeado con distribución difusa.

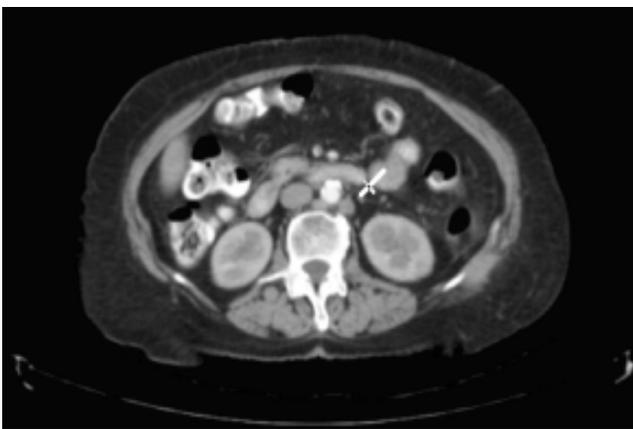


Figura 7. Crecimientos ganglionares retroperitoneales para aórticos en ínter cavo aórticos localizados por debajo de las arterias y venas renales.

En el parénquima esplénico y en yuxtaposición a la lesión primaria se identificó una zona hipoeoica de 28x45x30 mm en su diámetros longitudinal, anteroposterior y transversal, respectivamente, compatible con metástasis de lesión primaria, clasificándolo como Cáncer Gástrico T4NXM1 (Figuras 8 y 9).



Figura 8. Ultrasonido radial en cuerpo gástrico que permite ver permanentemente y a detalle el área del tumor que corresponde a mucosa gástrica, con invasión de muscular propia y serosa, en dirección a bazo.



Figura 9. Tumor (T4) con invasión a la cola del páncreas (PAN) e hilio esplénico, nótese al detalle la sombra que produce el tumor en dirección a vasos esplénicos y vena renal izquierda.

El reporte histológico reportó adenocarcinoma gástrico de tipo intestinal poco diferenciado, ulcerado.

DISCUSIÓN

Las metástasis esplénicas en el cáncer gástrico son muy infrecuentes y más aún encontrarlas de forma aislada, los estudios de imagen son un importante apoyo cuando se trata de valorar la extensión y el sitio primario de la lesión, por medio de tomografía, ya que dependiendo de ello se llevará a cabo el tratamiento del paciente. La endoscopia convencional desempeña un papel muy limitado en el diagnóstico de las lesiones submucosas del tubo digestivo 1-3, y la ecoendoscopia es la técnica de elección en la evaluación de estas lesiones, ya que permite establecer con bastante precisión su diagnóstico y orientar su tratamiento.

CONCLUSIÓN

El adenocarcinoma es el tumor más frecuente en el estómago. Puede originarse en cualquier zona del estómago; sin embargo, es más frecuente en el tercio antral y en la curvatura menor. La endoscopia con biopsia es el principal método diagnóstico del cáncer gástrico; el grado de invasión de la pared y la afección metastásica ganglionar continúan siendo los factores pronóstico independientes que comportan un riesgo relativo mayor de recidiva.

REFERENCIAS

1. Genna M, et al. Metachronous splenic metastasis of colon cancer. A case report. *Minerva Chir* 2003; 58(6): 811-4.
2. Arroyo YM, de Portugal Fernández RT y cols. Cáncer de estómago: *Medicine* 2001; 8(59): 3151.

3. International Agency for Research on Cancer (IARC), 2000. *Rev Med Uruguay* 2002; 18: 167-74.
4. Sleisenger y Fordtran. Tomo 1. 7a. Ed. Tasas de mortalidad por cáncer gástrico (1990): *Uruguay 6 Rev Med Uruguay* 2002; 18: 167-74.
5. Risk to Humans. Vol 1. International Agency for Research on Cancer. Lyon, France: IARC; 1994, p. 177-240.
6. Parsonnet J, et al. *N Engl J Med* 1991; 325: 1127.
7. *Int J Cancer* 1994; 57(1): 32-7. Correa P. *Cancer Res* 1994; 48: 3554-60.
8. Solbiati L. New applications of ultrasonography: interventional ultrasound. *Eur J Radiol* 1998; 27(Suppl. 2): S200-S206. [PubMed: 9652523]
9. Wood BJ, Hahn PF. The spleen. In: Taveras JM, Ferrucci JT (eds.). *Radiology: Diagnosis, Imaging, Intervention*. 4. Lippincott-Raven; 1998, p. 1-12.
10. Bracke ME, van Roy FM, Mareel MM. The E-cadherin/catenin complex in invasion and metastasis. In: Günthert IU, Birchmeier W (eds.). *Attempts to understand metastasis formation I*. Berlin: Springer Verlag; 1996, p.123-61. (*Current Topics Microbiology and Immunology*, v. 213).
11. Vaezy S, Martin R, Keilman G, et al. Control of splenic bleeding by using high intensity ultrasound. *J Trauma* 1999; 47: 521-5. [PubMed: 10498307].
12. Borch K, Jönsson B, Tarpila E, Franzén T, Berglund J, Kullman E, Franzén L. Changing pattern of histological type, location, stage and outcome of surgical treatment of gastric carcinoma. *Br J Surg* 2000; 87: 618-26.

Solicitud de sobretiros:

Dra. Karla de Guadalupe Trinidad Juárez
Hospital Juárez de México
Av. Instituto Politécnico Nacional, Núm. 5160
Col. Magdalena de las Salinas
México, D.F., C.P. 07760