

CÁNCER GÁSTRICO PRECOZ REPORTE DE UN CASO

BRAULIO MORO M, JOSÉ MORO B, OSMARA GELDER, FRANCIS MENDOZA, GLENDA GARCÍA

CENTRO POLICLÍNICO VALENCIA "LA VIÑA" HOSPITAL PRIVADO, SERVICIO DE CIRUGÍA A "DR. JOSÉ ANTONIO GUBAIRA BAHJOS" CIUDAD HOSPITALARIA "DR. ENRIQUE TEJERA" VALENCIA, ESTADO CARABOBO.

RESUMEN

El adenocarcinoma gástrico, representa entre 90 % y 95 % de todas las neoplasias malignas gástricas, siendo de los más comunes del mundo y más frecuente en Japón, en nuestro país el cáncer gástrico es la primera causa de mortalidad por tumores malignos de las vías digestivas con 37 %, seguido de los tumores hepatobiliares y colon. Su incidencia ha aumentado en pacientes menores de 40 años, la mayoría de nuestros pacientes se diagnostican en estadios avanzados. Presentamos el caso de un paciente masculino de 42 años quien ingresó con un cuadro de hemorragia digestiva superior y en *shock* hipovolémico, que luego de su estabilización y posterior estudio se diagnosticó un adenocarcinoma moderadamente diferenciado precoz, quien recibió el tratamiento oncológico adecuado.

PALABRAS CLAVE: Cáncer, gástrico, adenocarcinoma, precoz, hemorragia, shock.

SUMMARY

The gastric carcinoma represent the 90 % to 95 % of all malignant gastric neoplasia, is one of the most common in the world and most frequent in Japan, in our country the gastric cancer is the first cause of mortality for malignant tumors of the digestive system with a 37 % of incidence follow for hepatobiliary and colon cancer. His incidence is increased in patients less than 40 years old, the majority of them were diagnostic in advance disease. We presents the case of male patient of 42 years with a digestive superior hemorrhagic episode and hipovolemic shock, after his stabilization and posterior study received a diagnostic of early adenocarcinoma moderately differentiated, and him received the adequate oncology treatment.

KEY WORDS: Cancer, gastric, adenocarcinoma, early, hemorrhagic, shock.

INTRODUCCIÓN

El adenocarcinoma gástrico, representa entre 90 % y 95 % de todas las neoplasias malignas gástricas, siendo de los más comunes del mundo y más frecuente en Japón, en nuestro país el cáncer gástrico es la primera causa de mortalidad por tumores malignos de las vías digestiva con 37 %, seguido de los tumores hepatobiliares y colon⁽¹⁾; actualmente su incidencia ha aumentado, particularmente en pacientes menores de 40 años, sin embargo, la enfermedad en estadio inicial

Recibido: 28/12/2010 Revisado: 22/02/2011

Aceptado para publicación: 26/05/2011

Correspondencia: Centro Policlínico Valencia, La Viña Hospital Privado y Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera. Valencia, Estado Carabobo. Tel: 04143404097. E-mail: doc_moro@hotmail.com.

solo representa del 10 % al 20 % de todos los casos diagnosticados ^(2,3). Los demás pacientes padecen de enfermedad metastásica en sitios regionales o distantes, la tasa de supervivencia general a cinco años de estos pacientes oscila casi en 50 % en casos con cáncer del estómago distal, localizado y limitado a una enfermedad regional resecable, aún con enfermedad localizada visible. El cáncer gástrico precoz permanece limitado a la mucosa y/o submucosa independientemente de su extensión en superficie y la presencia o no de metástasis ganglionares. La supervivencia a los 5 años es del 90 %- 95 % ^(4,5). Aparece con mayor frecuencia en la quinta y sexta década de la vida siendo su frecuencia igual en hombres que en mujeres. Gracias al desarrollo diagnóstico imaginológico, el abordaje endoscópico ha contribuido a un aumento del diagnóstico en estadio precoz; paralelo a esto la gastro-cámara inventada por Uji y Sugira en Japón en 1950 ⁽¹⁻³⁾, permitió la detección del cáncer gástrico mucosal. En nuestro país específicamente en el Estado Táchira desde 1980 disponemos de un método de pesquisa radiológico que ha logrado un 20 % de detección del cáncer gástrico en estado precoz.

CASO CLÍNICO

Se trata de paciente masculino de 42 años de edad con antecedentes familiares de padre y hermano fallecidos por cáncer gástrico, quien es ingresado de emergencia a nuestro centro por cuadro de hemorragia digestiva superior expresado con hematemesis repetidas y melena, en condiciones hemodinámicamente inestables con pérdida hemática aproximada de un litro y estado de *shock* hipovolémico, luego de estabilizar su cuadro clínico, se realiza endoscopia digestiva superior, evidenciando una lesión de 2 cm, ulcerada de cuerpo alto y cara posterior friable con estigmas de sangrado y aspecto neoplásico, por lo que la conducta a tomar fue la toma de biopsia de la lesión que reportó: gastritis crónica astral difusa, gastritis crónica activa tipo

B asociada a *Helicobacter pylori* (+) el protocolo de evaluación se continuó con la realización de estudios de extensión: como la tomografía de tórax y de abdomen, con hallazgos pertinentes patológicos presentes de engrosamiento basal pleural izquierdo. Evidenciando también un proceso neoproliferativo en cámara gástrica, adicionalmente el ultrasonido abdomino-pélvico reportó litiasis renal bilateral. RX de tórax añadió cambios degenerativos del esqueleto evaluado, los marcadores tumorales GGT, LDH, CEA, y CA 19-9 se mantuvieron dentro de los parámetros normales motivo por el cual se decide intervenir quirúrgicamente al paciente y se le realiza una gastrectomía total radical tipo D2 con preservación del bazo y con reconstrucción tipo esófago yeyunal en Y de Roux con EEA número 28; evolucionando satisfactoriamente en el período posoperatorio inmediato y mediato. Posteriormente el paciente es egresado, el resultado de la biopsia definitiva concluye un adenocarcinoma moderadamente diferenciado intestinal de Laurent precoz de estómago, ganglios de la curvatura mayor menor y epiplón mayor y menor (con un total de 19 ganglios) todos negativos y los márgenes quirúrgicos de resección libres de infiltración neoplásica, estudio de inmuno histoquímica con citoqueratina de amplio espectro 3+, antígeno de membrana epitelial 3+, antígeno carcino-embrionario 3+, PCNA 3+, oncoproteína P53 negativo. En sus controles posoperatorios nuestro paciente se encuentra en evolución satisfactoria.

DISCUSIÓN

Considerando que en nuestro medio el diagnóstico de cáncer gástrico se hace en estadios avanzados, probablemente por lo inespecífico de su sintomatología en estadio precoz, destaca el hecho de lo agudo de la presentación clínica de nuestro paciente, quien llega a presentar un estado de *shock* hipovolémico lo que obliga a acudir de inmediato a nuestro centro, en donde

siguiendo con la pautas establecidas, se le realizó un estudio endoscópico, se hace el diagnóstico el cual entra en el 10 % a 20 % de la estadística que la literatura señala ⁽⁶⁻⁸⁾, brindándole así el tratamiento quirúrgico adecuado al paciente y al

estadio de la enfermedad, hecho que se constata en los controles posoperatorios donde se evidencia que el paciente se encuentra actualmente libre de enfermedad.

REFERENCIAS

1. Parra JF, Hernández R, Gil A, Uzcátegui N, Honorato A, Barrios R, et al. Cáncer gástrico, primera reunión de consenso, agosto 2006. *Rev Venez Oncol.* 2007;19(2):166-190.
2. Blot WJ, Devesa SS, Kneller RW, Fraumeni JF Jr. Rising incidence of adenocarcinoma of the esophagus and gastric cardia. *JAMA.* 1991(265);(10):1287-1289.
3. Kurtz RC, Sherlock P. The diagnosis of gastric cancer. *Semin Oncol.* 1985;12(1):11-18.
4. Scheiman JM, Cutler AF. *Helicobacter pylori* and gastric cancer. *Am J Med.* 1999;106(2):222-226.
5. Fenoglio-Preiser CM, Noffsinger AE, Belli J, Stemmermann GN. Pathologic and phenotypic features of gastric cancer. *Semin Oncol.* 1996;23(3):292-306.
6. Siewert JR, Böttcher K, Stein HJ, Roder JD. Relevant prognostic factors in gastric cancer: Ten-year results of the German Gastric Cancer Study. *Ann Surg.* 1998;228(4):449-461.
7. Nakamura K, Ueyama T, Yao T, Xuan ZX, Ambe K, Adachi Y, et al. Pathology and prognosis of gastric carcinoma. Findings in 10 000 patients who underwent primary gastrectomy. *Cancer.* 1992(70);(5):1030-1037.
8. Adachi Y, Yasuda K, Inomata M, Sato K, Shiraishi N, Kitano S, et al. Pathology and prognosis of gastric carcinoma: Well versus poorly differentiated type. *Cancer.* 2000;89(7):1418-1424.