

Cáncer gástrico: una presentación inusual

SUMMARY

We want to introduce the case of an 18 year old male patient who consulted us because of proctorrhage, straining and rectal tenesmus. Diagnosis was rectal tumor which pathological anatomy revealed an adenocarcinoma of cells in seal ring shape, suggesting a probable gastric origin. The high endoscopy evidenced multiple polyps, less than a centimeter wide found in the cardiac orifice, body and antrum, with the same histology. All these findings were confirmed during the exploratory laparotomy. We thought it was interesting to report this case because of the clinical presentation, unusual in this type of gastric cancer

Index: Cáncer gástrico, células en anillo de sello, metástasis rectal.
Acta Gastroenter. Latinoamericana. 33:2003

INTRODUCCIÓN

El cáncer gástrico ocupa el segundo lugar dentro de las patologías malignas del tubo digestivo, es más frecuente en el hombre en la sexta y séptima década de la vida^(3,9). La variedad de Adenocarcinoma de células en anillo de sello^(22,28,30,33,34) se caracteriza por presentarse en mujeres jóvenes^(27,29,30,33,34) con una agresividad propia de diseminación^(27,32) por contiguidad y continuidad a través del peritoneo^(1,8,13,) detectado frecuentemente en los anexos ginecológicos^(18,19,25,26,31). Se presenta un caso de adenocarcinoma gástrico, variedad de células en anillo de sello, en un paciente de sexo masculino, de 18 años, que consultó por síndrome rectal ocasionado por la invasión de un tumor endoluminal^(3,4) que la anatomía patológica hizo sospechar su origen gástrico.

CASO CLINICO

D. A. sexo masculino 18 años, proveniente de área rural, consultó por deposiciones muco-sanguinolentas entre 8 a 10 por día; dolor cólico en hipogastrio aliviado parcialmente con las deposiciones, pujos y tenesmo rectal de dos meses de evolución; pérdida ponderal de 10 Kg astenia, adinamia, hiporexia. Examen físico: paciente en regular estado general, adelgazado, con palidez cutáneo mucosa.

*Dra. Alegre, Rosanna**,
*Dr. Malvido, A.**,
*Dr. Nakamura, J.**,
*Dr. Bugallo, M.**,
*Dra. Sosa, Olga**,
*Dra. Beltrame, Carmen***

Hospital Escuela J. F. de San Martín
Universidad Nacional del Nordeste
Corrientes - Argentina

* SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA.
** SERVICIO ANATOMÍA PATOLÓGICA.

Signos vitales dentro de parámetros fisiológicos.

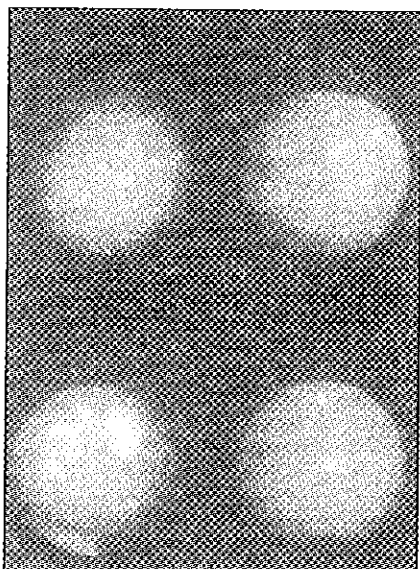
Abdomen: La palpación evidencia un sigmoides francamente doloroso, sin organomegalias.

Examen proctológico: Orificio anal entreabierto. A 3 cm del margen anal se tacha formación de superficie irregular, dolorosa, que ocupa toda la luz del recto, de consistencia duro-pétreo.

Rectosigmoideoscopia: Constató gran tumor que ocupa toda la luz del recto, cuya superficie presenta ulceraciones aisladas algunas con sangrado activo o reciente y otras cubiertas por fibrina; se biopsia.

Anatomía patológica: Adenocarcinoma mucinoso variedad de células en anillo de sello; sugiriendo descartar origen gástrico.

Se realizó **esófagogastroduodenofibroscopia** con el



Pólipos gástricos de "capuchón" blanquecino sin signos macroscópicos de malignidad, cuya anatomía patológica evidencia adenocarcinoma en anillo de sello.

siguiente hallazgo: seis pólipos séisiles, cubiertos por mucosa blanquecina de 0,5 a 0,8 cm de diámetro, tres localizados en cara posterior subcardial, uno en cuerpo cara posterior, y dos en cara anterior de antro gástrico. Se biopsiaron todas las lesiones como así también la mucosa de cuerpo y antro.

Histopatología: Adenocarcinoma mucosecretante variedad de células en anillo de sello en cinco de

los seis pólipos; Gastritis crónica activa superficial de cuerpo y antro y colonización por *Helicobacter pylori*.

Ecografía abdominal: Evidenció hígado y páncreas de características normales; en hipogastrio y fosa ilíaca izquierda se observó una tumoración de 4,8 x 4,3 x 6,7 cm.

Laboratorio:

Hto. 25 %	Hb 8,5 g / dl	VSG 20 mm
CEA 70,6 ng / ml	Prot. Tt 5,6 g / dl	Alb 2,9 g / dl
	O Rh +	

TAC de Abdomen y pelvis: marcado engrosamiento irregular en las paredes del recto y colon sigmoides que comprime y desplaza la vejiga. Infiltración de planos grasos pericolónicos; múltiples adenomegalias hipogástricas bilaterales y en el retroperitoneo; líquido libre peri hepático y en el espacio de Morrison.

Protocolo quirúrgico: Tumor de recto, carcinomatosis peritoneal, no se observó metástasis hepática. Estomago sin alteraciones macroscópicas. Se realizó colostomía transversa.

La evolución del paciente es desfavorable produciéndose el óbito a los tres meses de la consulta

COMENTARIO

Se comunica un caso de adenocarcinoma gástrico, variedad de células en anillo de sello, en un paciente de sexo masculino, de 18 años, que consulta por síndrome rectal ocasionado por la invasión tumoral. Dadas las características histológicas, se realiza endoscopia alta, observándose múltiples pólipos de 0,5 a 1 cm. localizados en cuerpo y antro, con igual histología.

Se presume el origen primitivo gástrico⁽¹⁷⁾ de la lesión por sus características anatómo-patológicas y frecuencia; aunque no se puede descartar lesiones sincrónicas^{10,33} que habitualmente son excepcionales.

Pese a una exhaustiva revisión bibliográfica no encontramos una descripción similar; sin embargo es más frecuente la afectación pelviana peritoneal en las mujeres (T de Krukenberg^{5,18,19,25,26,31}); se relatan además asociaciones con linfoma tipo Malt⁽³⁵⁾, tromboflebitis, cáncer de mama⁽³³⁾, manifestaciones cutáneas tales como nódulos metastásicos⁽²⁰⁾, acantosis nigricans⁽¹⁶⁾, Metastásis en médula ósea⁽²¹⁾, cáncer de piel⁽¹²⁾, metastásis tonsilar⁽²⁾, linfadenitis de Kikuchi's⁽²³⁾, carcinomatosis meníngea⁽⁷⁾, cor pulmonale⁽⁶⁾, Síndrome de Soto's⁽¹⁷⁾, taponamiento cardíaco⁽²⁴⁾. Nos pareció interesante comunicar el presente caso dado la inusual presentación clínica del mismo.

Resumen

Paciente de 18 años sexo masculino, que consultó por hematoquezia, pujos y tenesmo rectal, diagnosticándose tumor rectal cuya anatomía patológica informó adenocarcinoma de células en anillo de sello. Dadas las características histológicas, se realizó endoscopia alta, observándose múltiples pólipos de 0,5 a 1 cm. localizados en cuerpo y antro, con igual histología.

Todos estos hallazgos fueron confirmados durante la exploración quirúrgica.

Nos pareció interesante comunicar el presente caso debido a la inusual presentación clínica de éste tipo de cáncer gástrico.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 - Ángeles-A; Candanedo-Gonzalez-F, et al. A clinicopathologic variant of intramucosal early gastric cancer with widespread dissemination: report of three cases. *J-Clin-Gastroenterol.* 1998 Sep; 27(2): 173-7
- 2 - Benito-I; Alvarez-Gago-T; Morais-D. Tonsillar metastasis from adenocarcinoma of the stomach. *J-Laryngol-Otol.* 1996 mar; 110(3): 291-3.
- 3 - Berk E.y Haubrich W. Tumores malignos del colon y recto. *Gastroenterología Bockus.* Tomo II; 73 pag. 1022-67.
- 4 - Bresalier RS. Malignant neoplasm of the large intestine. In *Sleisenger and Fordtran Gastrointestinal Disease Ed. Interamericana 5º Edición 1993 Cap. 73 1449-93.*
- 5 - Cacciaguerra-S; Miano-AE; et al. Gastric carcinoma with ovarian metastases in an adolescent. *Pediatr-Surg-Int.* 1998 Nov; 14(1-2): 98-9
- 6 - Cheung-TC; Ng-FH; et al. Occult gastric cancer presenting as cor pulmonale resulting from tumor cell microembolism. *Am-J-Gastroenterol.* 1997 Jun; 92(6): 1057-9
- 7 - Deeb-LS; Yamout-BI; et al. Meningeal carcinomatosis as the presenting manifestation of gastric adenocarcinoma. *Am-J-Gastroenterol.* 1997 Feb; 92(2): 329-31
- 8 - Friedrich-T; Kellermann-S, Leinung-S. Atypical metastasis of stomach carcinoma. *Zentralbl-Chir.* 1997; 122(2): 117-21.
- 9 - Glenn R. Davis. Neoplasias del estomago. *Sleisenger and Fordtran Gastrointestinal Disease Ed. Interamericana 5º Edición 1993 Cap. 36 :781-96*
- 10 - Hamabe Y; Ikuta H. Et al. Clinicopathological features of esophageal cancer simultaneously associated with gastric cancer. *J. Surg. Oncol.* 1998 Jul; 68(3): 179-82.
- 11 - Horie-Y., Miura-K., Matsui-K, et al. Marked elevation of plasma carcinoembryonic antigen and stomach carcinoma. *Cancer.* 1996 May 15; 77(10): 1991-7
- 12 - Inoue-Y., Johno-M., et al. Metastatic skin cancer; a case with signet ring cell histology. *Br-J-Dermatol.* 1996 Oct; 135(4): 634-7.
- 13 - Iushkov-PV- Dependence of the features of distant metastases and prognosis of stomach cancer on the histologic type of the primary tumor and the volume of regional lymph node metastases. *Arkh- Patol.* 1996 Jul-Aug; 58(4): 36-8.
- 14 - Lastoria S., Caraco C., Vergara E. Et al. Anti-CEA and other antibodies in the study of gastrointestinal tumors. *Int. J. Biol. Markers* 1992 Jul-Sep.; 7(3): 198-202.
- 15 - La Vecchia C., Negri E., Franceschi S. Et al. Family history and the risk of stomach and colorectal cancer. *Cancer* 1992 Jul.; 709(1): 50-5.
- 16 - Lenzner-U; Ramsauer-J; Petzoldt-W; et al. Acanthosis nigricans maligna. Case report and review of the literature. *Hautarzt.* 1998 Jan; 49(1): 41-7
- 17 - Le-Marec-B; Pasquier-L; Dugast-C; et al. Gastric carcinoma in Sotos syndrome. *Ann-Genet.* 1999; 42(2): 113-6
- 18 - Matsuura- Y, Saito-R, et al. Citologic análisis of primary stomach adenocarcinoma metastatic to the uterine cervix. *Acta-Cytol.* 1997 Mar-Apr; 41(2): 291-4
- 19 - McGill-FM; Ritter-DB; Richard-CS; et al. Krukenberg tumors: can management be improved?. *Gynecol-Obstet- Invest.* 1999; 48(1): 61-5
- 20 - Miyaji-M; Ogoshi-K; Nakamura-K; et al. Small mucosal carcinoma of the stomach with para-aortic lymph node metastasis: a case report and review of the literature. *Eur-J-Gastroenterol-Hepatol.* 1999 Mar; 11(3): 343-6.
- 21 - Noda-N; Sano-T; Shirao-K; et al. A case of bone marrow recurrence from gastric carcinoma after a nine-year disease-free interval. *Jpn-J-Clin-Oncol.* 1996 Dec; 26(6): 472-5.
- 22 - Otsuji-E; Yamaguchi-T; Sawai-K; Takahashi-T. Characterization of signet ring cell carcinoma of the stomach. *J-Surg- Oncol.* 1998 Apr; 67 (4): 216-20
- 23 - Radhi-JM; Skinnider-L; McFadden-A. Kikuchi's lymphadenitis and carcinoma of the stomach. *J-Clin-Pathol.* 1997 Jun; 50(6): 530-1
- 24 - Sakai-Y; Minouchi-K; et al. Cardiac tamponade originating from primary gastric signet ring cell carcinoma. *J-Gastroenterol.* 1999 Apr; 34(2): 250-2

- 25 - Savey-L, Lasser-P et al. Krukenberg tumors. Analysis of a series of 28 cases. J-Chir-Paris. 1996; 233(9-10): 427-31
- 26 - Tsuchiya-A;Kikuchi-Y; et al. Endosalpingiosis of nonmetastatic lymph nodes along the stomach in a patient with early gastric cancer:report of a case. Surg-Today. 1999; 29(3): 264-5
- 27 - Wang-JY., Hsieh-JS., Huang-CJ. Et al.Clinicopathologic study of advanced gastric cancer without serosal invasion in young and old patients.J-Surg-Oncol.1996 Sep;63(1): 36-40.
- 28 - Signori-GB;Martino-F;Monticelli.L et al. Metastatic linitis plastica of the bladder.Arch-Ital-UrolAndrol. 1997 Feb;69(1): 69-72.
- 29 - Suster-S., Fletcher-CD. Gastrointestinal stromal tumors with prominent signet - ring cell features(see comments).Mod-Pathol. 1996 Jun; 9(6): 609-13.
- 30 - Theuer-Cp., Nastanski-F., et al. Signet ring cell histology is associated with unique clinical features but does not affect gastric cancer survival. Am-Surg. 1999 Oct; 65(10): 915-21.
- 31 - Vauthier-Brouzes-D; Vanna-Lim-You-K, et al. Krukenberg tumor during pregnancy with maternal and fetal virilization : a difficult diagnosis. A case report. J-Gynecol-Obstet-Biol-Reprod-Paris. 1997; 26(8): 831-3.
- 32 - Yamachika-T., Inada-K.,Fujimitsu-Y. Et al. Intestinalization of gastric signet ring cell carcinomas with progression. Virchows- Arch.1997 Aug; 431(2): 103-10.
- 33 - Yim-H., Jin-Y, Shim-C, et al. Gastric metastasis of mammary signet ring cell carcinoma a differential diagnosis with primary gastric signet ring cell carcinoma. J-Korean-Med-Sci. 1997 Jun; 12(3): 256-61.
- 34 - Yokota-T; Kunii-Y; Teshima-S. et al. Signet ring cell carcinoma of the stomach a clinicopathological comparison with the other histological types. Departament of Surgery, Sendai National Hospital, Japan.Tohoku-J-Exp-Med.1998 Oct; 186(2): 121-30
- 35 - Zamboni-G;Franzin-G; et al . Carcinoma like signet ring cell in gastric mucosa associated lymphoid tissue(MALT) lymphoma.Am-J-Surg-Pathol. 1996May; 205): 588-98

SEPARATA

Rossanna Alegre
25 de Mayo 1995
Corrientes-capital
CP 3400 República Argentina
T.E. 03783-429470
E-mail: