

Neoplasias gástricas

Gastric neoplasias

Dra. Misdrialis Martínez Romero,^I Dr. Pablo Raventós Vaquer,^{II} Dr. Kelly Riverón Quevedo,^I Dra. Faviola Suárez Placencia,^{III} Dra. Romelia Cruz Setién,^{IV} Dr. Jesús Díaz Fonden^I

^I Especialista de I Grado en Gastroenterología. Máster en Urgencias Médicas. Instructor. Hospital General Docente "Dr. Joaquín Castillo Duany". Santiago de Cuba, Cuba.

^{II} Especialista de I Grado en Medicina Interna. Máster en Urgencias Médicas. Instructor. Hospital General Docente "Dr. Joaquín Castillo Duany". Santiago de Cuba, Cuba.

^{III} Especialista de II Grado en Anatomía Patológica. Máster en Enfermedades Infecciosas. Asistente. Hospital General Docente "Dr. Joaquín Castillo Duany". Santiago de Cuba, Cuba.

^{IV} Especialista de I Grado en Anatomía Patológica. Máster en Enfermedades Infecciosas. Instructora. Hospital General Docente "Dr. Joaquín Castillo Duany". Santiago de Cuba, Cuba.

RESUMEN

El tumor carcinoide y el linfoma gástrico constituyen del 2 al 5 % del total de las neoplasias gástricas. El objetivo de este trabajo consistió en presentar 5 pacientes con sus características clínicas, hallazgos macroscópicos e histológicos de estas variedades de tumor gástrico, poco frecuentes a escala mundial. Tres de estos pacientes se les diagnosticó tumor carcinoide, a uno de ellos, con lesión única se le efectuó resección endoscópica, a los dos restantes, cuya lesión macroscópica era múltiple, se les indicó tratamiento quirúrgico convencional. Histológicamente el linfoma MALT se clasificó de bajo grado de malignidad, asociado a células B; los 2 pacientes diagnosticados con dicha afección recibieron quimioterapia y se les trató el *Helicobacter pylori*. El diagnóstico y tratamiento adecuado y oportuno de los pacientes con estas entidades enriquece los conocimientos acerca del tema, además de garantizar la supervivencia así como una mejor calidad de vida.

Palabras clave: tumor carcinoide, linfoma gástrico MALT.

ABSTRACT

The carcinoid tumor and the gastric lymphoma accounted for the 2-5 % of total of gastric neoplasias. The objective of present paper is to present the case of 5 patients with clinical characteristic, macroscopic and histological findings of these varieties of gastric tumor, but no much frequent at world scale. Three of these patients were diagnosed with carcinoid tumor and one of them with a unique lesion underwent endoscopic resection; the remainder two whose macroscopic lesion was multiple, it was prescribed a conventional surgical treatment. Histologically, the MALT lymphoma was classified of low degree of malignancy associated with B cells; the two patients diagnosed with such affection receiver chemotherapy with treatment for *Helicobacter pylori*. An appropriate and timely diagnosis and treatment of patients presenting with these entities increase the knowledges on this subject, also to guarantee its survival as well as a better quality of life.

Key words: carcinoid tumor, MALT gastric lymphoma.

INTRODUCCIÓN

Con la introducción de técnicas más modernas para el diagnóstico precoz del cáncer gástrico y probablemente con el uso de fármacos eficaces frente a úlceras y otros procesos gástricos, se logró durante la 2da. mitad del siglo XX disminuir su incidencia, a pesar de estar ocurriendo otro fenómeno, su presentación en etapas más tempranas de la vida, así como un incremento de tumores que aún constituyen una rareza.

Tal es el caso del tumor carcinoide y el linfoma gástrico que ocupan el 2 y el 5 % respectivamente de todos los tumores gástricos malignos que afectan al ser humano.^{1,2} En la actualidad el tumor carcinoide gástrico constituye del 11 al 30 % de los carcinoides del tracto digestivo. Ambas variedades de tumores aparecen con una incidencia mayor en el sexo femenino; entre la 6ta. y 7ma. décadas de la vida. Por su escasa frecuencia no se han descrito en qué grupos poblacionales puede aparecer.

En el caso del linfoma gástrico el tipo no hodgkiniano, asociado al tejido linfoide de la mucosa (MALT) es desde el punto de vista histológico el más frecuente, teniendo como criterio en su diagnóstico, la ausencia de enfermedad sistémica (sin toma ganglionar, ni afectación de médula ósea, tejido hepático ni esplénico), en el 90 % de los casos asociado a células B y el 50 % de bajo grado de malignidad.^{3,4}

El tumor carcinoide deriva de las células enterocromafines de las glándulas gástricas y desde el punto de vista endoscópico puede aparecer como un pólipo único de tamaño variable o como una poliposis múltiple, mientras que el linfoma MALT se caracteriza por formas infiltrantes, ulceradas o con pliegues gástricos engrosados. Ambos tumores evolucionan con formas clínicas muy inespecíficas, asociándose en el primer caso a gastritis crónica atrófica autoinmune (tipo I), síndrome de Zollinger Ellison (tipo II) y tipo III esporádico, no asociado con hipergastrinemia o A-CAG; en el segundo caso presenta una fuerte relación con la infección por *Helicobacter pylori*.^{1,5}

El diagnóstico y tratamiento adecuado y oportuno de estos pacientes permiten garantizar su supervivencia así como una mejor calidad de vida; por tal motivo se presentan 5 casos con sus características clínicas, hallazgos macroscópicos e histológicos de estas variedades de tumor gástrico, poco frecuentes a escala mundial.

CASOS CLÍNICOS

CASO 1

Paciente de 79 años de edad con antecedentes de hipertensión arterial con tratamiento regular e historia de haber presentado 3 años antes del ingreso un sangrado digestivo alto; en aquel entonces se le realizó estudio endoscópico alto y se le diagnosticó una gastritis aguda; se indicó tratamiento antisecretor sin remisión del cuadro clínico. En enero de 2005 acude al cuerpo de guardia por presentar hematemesis, sin repercusión hemodinámica.

Datos positivos al examen físico: mucosas ligeramente hipocoloreadas.

Exámenes complementarios: hemoglobina 110 g/L; eritrosedimentación 35 mm/h; glicemia 4,1 mmol/L.

US abdominal: negativo.

ECG: arritmia sinusal,

Panendoscopia oral. Estómago: hacia la cara posterior y curvatura menor del cuerpo gástrico se visualiza zona de mucosa que abarca unos 3 cm de longitud por 2 cm de ancho, color rojo más intenso de lo normal, completamente plana, friable, sangra al mínimo roce del equipo. Conclusiones: neoplasia infiltrante de cuerpo gástrico.

Biopsia gástrica: la muestra examinada compatible con linfoma gástrico no Hodgkin asociado al tejido linfoide de la lámina propia de la mucosa (MALT) de bajo grado de malignidad. *Helicobacter pylori* positivo.

Se indica inmediatamente tratamiento para erradicar la bacteria, y posteriormente se realiza discusión conjunta y se decide enviar al Servicio de Hematología para tratamiento quimioterápico. Posterior a este se le realiza estudio endoscópico evolutivo con mejoría desde el punto de vista macroscópico de la lesión en relación con su extensión; el examen histológico de la mucosa, corrobora el diagnóstico y aún persiste la bacteria. Se impone tratamiento de rescate y se discute el caso con los hematólogos; se propone el seguimiento evolutivo del paciente.

CASO 2

Paciente del sexo femenino, 39 años de edad, con antecedentes de intervención quirúrgica por un tumor de mediastino con evolución satisfactoria; 4 meses antes del ingreso comienza con dolor abdominal y decaimiento; en sala presentó cuadro de sangrado digestivo alto.

Datos positivos al examen físico: mucosas ligeramente hipocoloreadas.

Exámenes complementarios: hemoglobina 80,0 g/L; eritrosedimentación 5 mm/h; glicemia. 4,1 mmol/L.

US abdominal: normal.

Panendoscopia oral. Estómago: se visualiza completamente tubular en toda su extensión; toda la mucosa muy friable con sangrado fácil, color rojo intenso, se han borrado los pliegues gástricos, no existe distensión de mucosa. Conclusiones: linfoma gástrico MALT.

Biopsia gástrica: técnicas inmunohistoquímicas. Linfoma no Hodgkin bajo grado de malignidad. MAIT. *Helicobacter pylori* positivo.

Se le indica tratamiento médico para tratar la bacteria y se envía al Servicio de Hematología para quimioterapia.

CASO 3

Paciente del sexo femenino de 52 años de edad, antecedentes de hipertiroidismo. Acude a consulta externa por presentar dolor epigástrico de más de un año en su evolución, fijo, sin ritmo pandrial, asociado a intensas náuseas y acidez frecuente así como pérdida paulatina de peso pero no significativa.

Datos positivos al examen físico: mucosas ligeramente hipocoloreadas. Abdomen doloroso en epigastrio a la palpación profunda.

Exámenes complementarios: hemoglobina 10,2 g/L; eritrosedimentación 40 mm/h; glicemia 5,6 mmol/L.

US abdominal: hipersecreción gástrica.

Panendoscopia oral. Estómago: mucosa a nivel del cuerpo gástrico hacia su cara posterior, se visualiza formación elevada de 2,8 cm de diámetro, redondeada, sésil, color rojo, superficie lisa, deprimida en su centro, consistencia blanda, mucosa circundante de caracteres normales, a la cual se le realiza amplia resección endoscópica con asa de diatermia, además se toman otras muestras de mucosa gástrica en fundus. Se concluye pólipo gástrico, y se envía muestra al Departamento de Anatomía Patológica para estudio histico.

Biopsia gástrica: muestra examinada con elementos organoides, compatible con tumor carcinoide. Gastritis crónica atrófica.

Se decide ingreso de la paciente para realizar otros exámenes, en busca de otras afecciones asociadas y de esta forma obtener clasificación según asociación a otras enfermedades. Todos los estudios negativos, excepto el estudio de la anemia con una lámina periférica con hipocromia y macrocitosis. Se concluye como tumor carcinoide único tipo 1.

A los 6 meses se le realizó estudio endoscópico evolutivo no encontrando en la zona de resección recidiva de la lesión. En estos momentos la paciente se encuentra con tratamiento vitamínico y seguimiento evolutivo.

CASO 4

Paciente de 72 años de edad, antecedentes de hipertensión arterial con tratamiento médico regular; acude al cuerpo de guardia y refiere presentar una semana antes del ingreso dolor de localización epigástrica, de moderada intensidad, aparece fundamentalmente tras la ingestión de ciertos alimentos, fundamentalmente colecistoquinéticos, irradiado al tórax con carácter ardoroso; se aliviaba con cimetidina. Ha notado en los últimos 4 meses rechazo a alimentos.

Datos positivos al examen físico: aparato cardiovascular: ruidos cardiacos arrítmicos; tensión arterial 160/100 mm/Hg; abdomen ligeramente doloroso en epigastrio.

Exámenes complementarios: hemoglobina. 124 g/L; eritrosedimentación 30 mm/h.

ECG: arritmia sinusal.

Panendoscopia oral. Estómago: mucosa en toda la extensión del cuerpo con presencia de múltiples formaciones elevadas de tamaño variable que van desde 0,5 hasta 2 cm algunas de ellas deprimidas en su centro, otras con coágulos adherido a su cúspide, lisas, sésiles, de color rojo, consistencia blanda. Se concluye sospecha de linfoma gástrico. Se toman varios fragmentos de mucosa y se envían al Departamento de Anatomía patológica.

Biopsia gástrica: muestra compatible con tumor carcinoide múltiple. Se le aplican técnicas de inmunohistoquímica y se corrobora el diagnóstico (figs. 1 y 2).

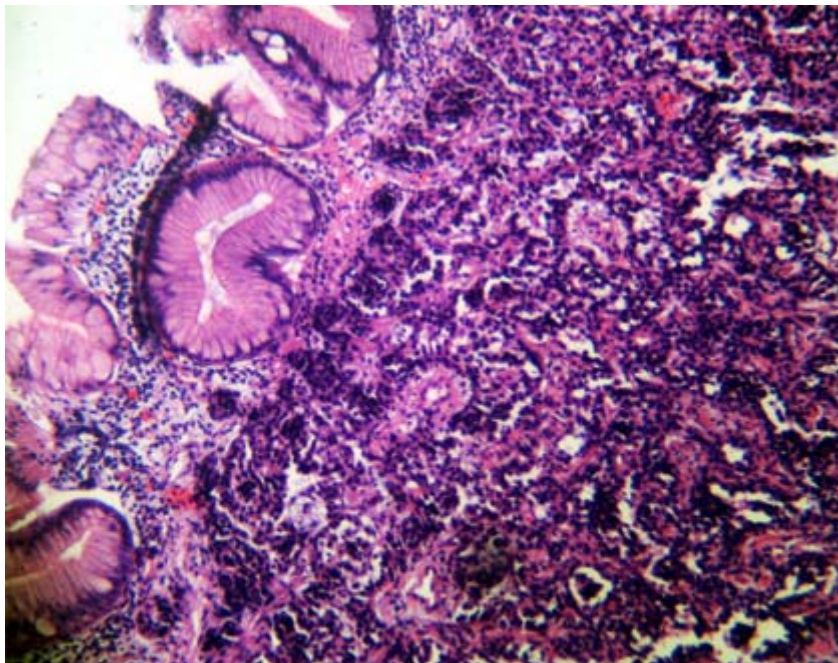


Fig. 1. Mucosa gástrica con hiperplasia del epitelio de revestimiento e infiltración de la lámina propia por agregados de pequeñas células monomorfas, uniformes, con núcleo hiper cromático y disposición organoide. Tumor carcinoide. Tinción H/E $\times 100$.

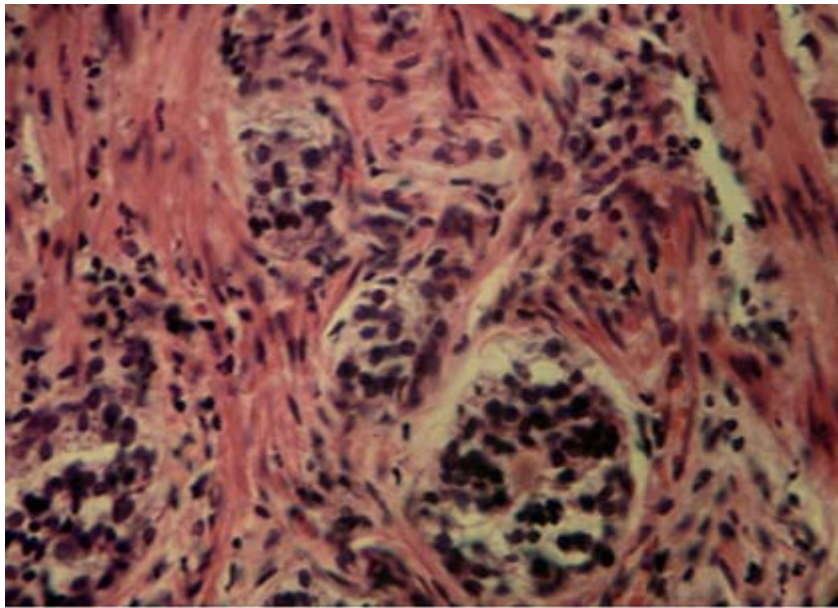


Fig. 2. Infiltración de la muscularis mucosae por agregados de pequeñas células monomorfas, uniformes, con núcleo hiper cromático y disposición organoide. Tumor carcinoide. Tinción H/E $\times 400$.

Teniendo en cuenta la extensión de la lesión que imposibilitaba la resección por vía endoluminal, se decidió discusión colectiva para definir conducta terapéutica, tras realizar nuevamente un minucioso interrogatorio y examen físico, estudios complementarios con el objetivo de determinar tipo de tumor carcinoide según asociación a otras enfermedades así como buscando evidencias de síndrome carcinoide y/o metástasis, además la presencia de otras localizaciones del tumor. Todos los estudios fueron negativos. Se concluyó como tumor carcinoide tipo III, se decidió realizar gastrectomía total. En estos momentos la paciente evoluciona favorablemente.

CASO 5

Paciente de 43 años de edad, con antecedentes de hipertiroidismo sin tratamiento médico específico ni seguimiento periódico. En el 2004 acude a Consulta de Gastroenterología y refiere epigastalgia y dispepsia; se le realiza endoscopia oral y se le diagnostica poliposis gástrica con extirpación de varios pólipos que histológicamente se concluyeron como pólipos hiperplásicos; con buena evolución clínica hasta abril del 2009, que acude por epigastralgia fija después de la ingestión de alimentos y se decide la realización de estudio endoscópico.

Panendoscopia oral: a nivel del cuerpo gástrico en su porción alta, en la curvatura mayor se visualiza una formación elevada de aproximadamente 2 cm de diámetro, redondeada, sésil con base ancha deprimida hacia el centro de su cúspide, consistencia blanda; además otras formaciones elevadas, la mayor de ellas con un diámetro menor de 1 cm, redondeadas, lisas y sésiles, localizadas en fundus. Se le extirpan con asa de diatermia la lesión descrita en cuerpo gástrico y cuatro de las localizadas en fundus. Conclusiones: Tumor carcinoide único (lesión del cuerpo gástrico) y pólipos inflamatorios (descripción en fundus),

Biopsia gástrica: tumor carcinoide gástrico múltiple. Se le aplican técnicas de inmunohistoquímica y se corrobora el diagnóstico.

Se decide ingreso, se realizan varios estudios para localización extragástrica del tumor carcinoide así como para definir clasificación y en busca de metástasis sin evidencias. Se concluye como un tumor carcinoide tipo III. Se realiza discusión colectiva y se decide por el número de lesiones sin criterio de resección endoluminal y por la localización de estas, realizar gastrectomía subtotal (proximal); se interviene quirúrgicamente sin complicaciones inmediatas, a los 21 días comienza a presentar disfagia; se le realiza estudio endoscópico visualizándose estenosis a nivel de la anastomosis esófago-gástrica y se inician sesiones de dilataciones utilizando dilatadores de Savary. En estos momentos la paciente no presenta disfagia y tiene buena evolución clínica.

COMENTARIOS

Los pacientes presentados con diagnóstico de tumor carcinoide correspondían al sexo femenino, comportamiento similar al descrito en la literatura mundial; sin embargo, la edad no guardó relación a lo expuesto por otros autores sino que fue a partir de la 3ra. y 4ta. décadas de la vida.^{1,3}

En todos los casos la sintomatología fue variable desde síntomas muy inespecíficos, hasta cuadros de sangrado digestivo alto; en presentaciones de casos por algunos autores,¹ describen el sangrado digestivo como forma clínica en pacientes con linfoma gástrico. Los pacientes presentados con diagnóstico de linfoma MALT refirieron esta clínica; sin embargo, en ninguno de los pacientes se presentó un síndrome general.

Se observó además, que en las 2 pacientes con tumor carcinoide múltiple no hubo evidencias de asociación a hipergastrinemia ni a gastritis crónica atrófica, es decir, eran tumores esporádicos. Ambos pacientes con linfoma gástrico tenían asociación a células B y eran de bajo grado de malignidad asociándose además a *Helicobacter pylori*, esto coincide completamente con lo descrito en varios trabajos;^{6,7} en uno de los casos que inicialmente no precisó tratamiento quirúrgico por la extensión de la lesión, no se logró la total regresión de esta a pesar de la erradicación de la bacteria y del tratamiento quimioterapéutico.

El diagnóstico y tratamiento adecuado y oportuno de los pacientes en relación con estos 2 tipos de tumores gástricos malignos de rara presentación, permiten ampliar los conocimientos acerca del tema, además de garantizar la supervivencia así como una mejor calidad de vida.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Quintero Carrión D, Pérez N. Tratamiento de las enfermedades gastroenterológicas: tumor gástrico [CD ROM]. 2 ed. Madrid: Editorial Asociación Española de Gastroenterología, 2006. p. 128-40.
2. García Gutiérrez A. Pardo Gómez, Tumores del estómago. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2007. p. 1161.
3. Hernández Garcés HR. Manual de endoscopia digestiva superior diagnóstica. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2008. p. 162-5.

4. González-Carbajal M. *Helicobacter pylori* ¿el tercer dogma? Cap. XII. En: Monte del B. *Helicobacter pylori* ¿el tercer dogma? Madrid: Ed. Autores y Productores Asociados A.P.A., S.L. Valle del Ebro; 2003. p.113-29.
5. Brocheriou I, Nahon S, Coffin B, Mégraud F, Matuchansky C, Rambaud JC, et al. Association d'un lymphome de faible grade de malignité du MALT et d'un adénocarcinome peu différencié de l'estomac. *Ann Pathol.* 1997;17: 109-12.
6. Liu H, Ruskoné-Fourmestraux A, Lavergne-Slove A, Ye H, Molina T, Bouhnik Y, et al. Resistance of t(11;18) positive gastric mucosa-associated lymphoid tissue lymphoma to *Helicobacter pylori* eradication therapy. *Lancet.* 2001;357:39-40.
7. A. Ruskoné-Fourmestruux A, Lavergne PH, Aegerter F, Mégraud L, Palazzo A, de Mascarel T, et al. Predictive factors for regression of gastric MALT lymphoma after anti-*Helicobacter pylori* treatment. *Gut.* 2001;48:297-303.

Recibido: 27 de abril de 2011.

Aprobado: 2 de junio de 2011.

Dra. *Misdrialis Martínez Romero*. Hospital General Docente "Dr. Joaquín Castillo Duany". Peña Blanca s/n. Santiago de Cuba, Cuba.