

# *Adenocarcinoma gástrico. Variedad de células en anillo de sello. A propósito de un caso.*

HOSPITAL PROVINCIAL CLÍNICO QUIRÚRGICO DOCENTE "JOSÉ RAMÓN LÓPEZ TABRANE" MATANZAS  
**Revista Médica Electrónica 2009; 31(2)**

Adenocarcinoma gástrico. Variedad de células en anillo de sello. A propósito de un caso.  
Gastric adenocarcinoma. Variety of signet-ring cells. A propos of a case.

## **AUTORES**

Dr. José Manuel González González. (1)  
E-mail: [biblihosprov.mtz@infomed.sld.cu](mailto:biblihosprov.mtz@infomed.sld.cu)  
Dra. Sahilí Corrales Alonso.(2)  
Dr. Jorge Luis Hernández Llanes(2)  
Dr. Osmany Espinosa Fernández.(3)  
Dr. Ricardo Hernández Hernández. (4)  
Dr. Oristel I. Felipe Ferreira.(5)

1. Especialista de I Grado en Gastroenterología. Profesor Instructor. Hospital Clínico Quirúrgico Docente "José Ramón López Tabrane". Matanzas.
2. Especialistas de I Grado en Medicina General Integral. Residente de Gastroenterología. Profesor Instructor. Hospital Clínico Quirúrgico Docente "José Ramón López Tabrane". Matanzas
3. Especialista de I Grado en Medicina General Integral y en Gastroenterología. Hospital Clínico Quirúrgico Docente "José Ramón López Tabrane". Matanzas.
4. Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Residente de Gastroenterología. Profesor Instructor. Hospital Clínico Quirúrgico Docente "José Ramón López Tabrane".Matanzas.
5. Especialista de II Grado en Anatomía Patológica. Profesor Auxiliar. Hospital Clínico Quirúrgico Docente "José Ramón López Tabrane."Matanzas.

## **RESUMEN**

El siguiente reporte de caso nos brinda el seguimiento de una paciente B/F de 58 años de edad que acude a consulta por presentar trastornos dispépticos de seis meses de evolución acompañado de síndrome general y anemia ligera. Se realizó Panendoscopia del Tracto Digestivo Superior, observándose una lesión ulcerada en incisura angular con características de malignidad, se concluyó endoscópicamente como probable Neoplasia Gástrica Ulcerada, con posterior diagnóstico anatomopatológico de Adenocarcinoma Gástrico de células en Anillo de Sello. La paciente fue intervenida quirúrgicamente en nuestro Centro, confirmándose dicho diagnóstico con el estudio de la pieza quirúrgica.

## **DeCS**

**NEOPLASIAS GÁSTRICAS**/diagnóstico  
**NEOPLASIAS GÁSTRICAS**/cirugía  
**NEOPLASIAS GÁSTRICAS** /complicaciones  
**ENDOSCOPIA**/métodos  
**HUMANOS**  
**FEMENINO**  
**MEDIANA EDAD**

## INTRODUCCIÓN

El cáncer gástrico constituye un gran problema de salud para muchos países del mundo incluyendo Cuba, por ser una de las enfermedades de más difícil control, fundamentalmente para su diagnóstico en etapas tempranas que permitan un tratamiento eficaz con una supervivencia mayor después de los 5 años; el adenocarcinoma constituye su variante histológica más frecuente. Se describen dos tipos anatomopatológicos: el intestinal constituido por células neoplásicas con estructura de tipo glandular originado en áreas de metaplasia intestinal que forman una masa vegetante y el difuso formado por células mucosas muy indiferenciadas que no suelen formar glándulas, sino pequeños grupos que infiltran irregular y difusamente la mucosa, algunos de ellos, como es el caso que presentamos a continuación, tienen una imagen en anillo de sello que invaden la pared gástrica engrosándola.

## CASO CLÍNICO

Paciente A.G.R., blanca, femenina, de 58 años de edad, procedencia urbana, con Antecedentes Patológicos Personales de Hipertensión Arterial moderada, Gastroduodenitis crónica y un ingreso hospitalario hacia cinco años por crisis ulcerosa donde se demostró la presencia de úlcera duodenal, llevando tratamiento médico con mejoría posterior de los síntomas y cicatrización de la misma detectada por endoscopia evolutiva; así como antecedentes familiares de tener un hermano de 46 años operado hacia tres años de tumor gástrico, que acudió a consulta de gastroenterología por presentar cuadro clínico de epigastralgia ligera de presentación postprandial tardía e irradiación hacia hipocondrio izquierdo, que evolucionaba en forma de crisis de más o menos cinco días de duración con una frecuencia quincenal, que venía presentándose en los últimos seis meses, la misma se aliviaba con medicamentos habituales, pero en cada recurrencia la intensidad era mayor y las crisis más duraderas, acompañándose de sensación de llenura, acidez, saciedad precoz, vómitos con restos de alimentos en ocasiones, astenia decaimiento y pérdida de peso de más o menos tres kilogramos en dicho período.

Se realizó examen físico completo detectándose ligera palidez cutáneo-mucosa, discreta disminución del pániculo adiposo y dolor a la palpación superficial y profunda en epigastrio e hipocondrio izquierdo, sin otras alteraciones evidentes. Se indicaron complementarios donde se encontró Hb en 10g/l y Eritrosedimentación en 75 mm; el leucograma, coagulograma, glicemia, perfil renal y hepático resultaron normales. Se realizó ultrasonido abdominal en el cual se obtuvo que el hígado, vesícula, bazo, páncreas y riñones tenían características normales. (Fig.No 1)



**Fig No. 1. Ultrasonido abdominal**

Se procede a realizar en nuestro servicio de Gastroenterología la Panendoscopia del Tracto Digestivo Superior, cuyo resultado fue el siguiente: Mucosa de Duodeno y Esófago de características normales, sin embargo, la mucosa gástrica presentó hacia curvatura menor e incisura angular una lesión ulcerada de más o menos dos centímetros de fondo cubierto por material sanioso de color grisáceo de bordes irregulares, mal definidos sin convergencia de los pliegues y disminución del peristaltismo en dicha zona, así como friabilidad de la mucosa a la toma de la biopsia. Se tomaron varias muestras para estudio anatomopatológico y Test de Ureasa para Helicobácter Pylori, este último resultó positivo. Se concluyó endoscópicamente como una Neoplasia Gástrica

Ulcerada. Posteriormente se recibió el resultado de la biopsia, la cual fue compatible con un Adenocarcinoma Gástrico de Células en Anillo de Sello. Se remitió con este diagnóstico al Servicio de Cirugía para ingreso y tratamiento. Siete días después la paciente fue intervenida quirúrgicamente en nuestro centro, confirmándose la lesión descrita en la Panendoscopia. Se envió la pieza quirúrgica al Departamento de Anatomía Patológica.

**Informe macroscópico:** Se recibió pieza quirúrgica procedente de gastrectomía subtotal Estómago que medía 12x7x3, serosa lisa y brillante, a la apertura del órgano en la curvatura menor se observó un cráter ulceroso de 2x1x1 con bordes indurados y fondo sucio. Se recibieron además en frascos independientes los bordes de la sección y un fragmento de epiplón que medía 38x15 cm sin alteraciones macroscópicas. (Figuras No.2 y No.3)



**Fig.No2**

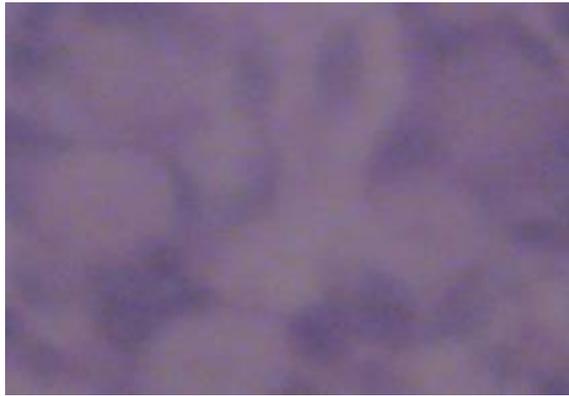


**Fig.No3**

**Informe Microscópico de la pieza quirúrgica:** Adenocarcinoma gástrico de células en anillo de sello que infiltraba la capa muscular, con intensa respuesta inflamatoria linfocítica con tendencia a la formación de nódulos, el epiplón mayor no presentaba alteraciones y los bordes de sección se encontraban libres de tumor. ( Figs. No.4 y No.5)



**Fig.No4**



**Fig.No.5**

La paciente llevó posteriormente a su cirugía tratamiento de quimioterapia con evolución satisfactoria hasta la actualidad.

## **DISCUSIÓN**

El adenocarcinoma de células en anillo de sello se presenta con mayor frecuencia en pacientes femeninas menores de 60 años.(1) Éste se diagnostica generalmente a partir de los 60 años en el cáncer intestinal y a partir de los 50 en la forma difusa 2; para este último son importantes los factores genéticos, elemento que lo diferencia de la variante intestinal y se debe a su asociación con el grupo sanguíneo A, frecuencia familiar e incidencia aproximadamente igual en las diversas áreas geográficas (1,2); en nuestro caso coincidió con ser mujer, menor de 60 años y tener un hermano con antecedentes de haber sido intervenido quirúrgicamente por un tumor de estómago, aunque no hubo coincidencia con el grupo sanguíneo reportado como más frecuente. El carcinoma indiferenciado mucocelular de Células en "Anillo de Sello" se origina de las células del cuello de las glándulas del estómago que son de citoplasma claro, con moco. Este carcinoma tiene la característica morfológica que por el núcleo periférico que a veces hace cierto relieve en la membrana celular y el citoplasma con moco que adopta una gran vacuola que le confiere ese aspecto de "Anillo de Sello".

La Organización Mundial de la salud (OMS) reconoce hasta cinco variantes de este tipo de Carcinoma de Células en "Anillo de Sello" como son:

1. De núcleo periférico típico anillo de sello, positivo al PAS y Alcian Blue central.
2. Parecido a los histiocitos y citoplasma vacuolado.
3. De células pequeñas, eosinofílica y gránulos de mucina neutral.
4. De células pequeñas con poco o sin mucina.
5. De células anaplásicas con mucina o sin ella.

Estas cinco variaciones histológicas generalmente son positivas al PAS, Alcian Blue y sobre todo sin ninguna duda con inmunohistoquímica positiva a la queratina y permite en muchos casos diferenciarlo de los linfomas gástricos que morfológicamente se confunden sobre todo con los tipos 4 y 5 de células pequeñas y anaplásicos.(4)

La panendoscopia representa un proceder de elección para el diagnóstico precoz de estos tumores sobre todo en los casos incipientes (1,4); este tipo de neoplasia cursa de modo asintomático hasta que la misma afecta a la capa muscular y pasa a ser un tumor gástrico avanzado, por lo que en términos generales se caracteriza por su crecimiento difuso e infiltrante, su evolución rápidamente progresiva y un pronóstico desfavorable.(5,6)

A pesar de no relacionarse directamente con lesiones precancerosas, son frecuentes las metástasis hepáticas de tipo difusas, resultando sus principales vías de diseminación la directa y la linfática;(7,8) si se presentan como un "Early Cáncer" predominan las formas planas o deprimidas, si lo hacen como un cáncer avanzado se clasifican según Borrmann en tipos III o IV; no obstante, si se diagnostican precozmente el pronóstico es indudablemente mejor, es menor el riesgo de metástasis en ganglios linfáticos, por lo que los

pacientes incluidos en este grupo podrían ser candidatos a cirugías menos invasivas y a una mejor calidad de vida tal y como sucedió en este caso.(9,10)

La paciente hasta el momento de realizar esta investigación llevaba un año de intervenida quirúrgicamente, completamente asintomática e incorporada a su vida social.

Por todo lo anteriormente expuesto consideramos que ante todo paciente con lesión ulcerada en estómago es imprescindible la toma de múltiples biopsias con el objetivo de diagnosticar precozmente procesos neoplásicos altamente agresivos en post de una actuación médica-quirúrgica inmediata.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Blair V, Martin I, Shaw D, Winship I, Kerr D, Arnold J. Hereditary Diffuse Gastric Cancer: Diagnosis and Management. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2006;4:162-75.
2. Hernández Ortega A, González Folch R, Sánchez Cruz JC. Tumor gástrico. Presentación de caso. *Rev méd electrón[Seriada en línea]* 2007[consultado 12 Ene 2008] ; 29(6). Disponible en URL: <http://www.cpimtz.sld.cu/revista%20medica/ano%202007/vol6%202007/%20tema17.htm>
3. Kaffes A, Hughes L, Hollinshead J, Katelaris P. Synchronous primary adenocarcinoma, mucosa-associated lymphoid tissue lymphoma and a stromal tumor in a Helicobacter pylori-infected stomach. *J Gastroenterol Hepatol*. 2002; 17: 1033-6.
4. Grady WM, Willis J, Guilford PJ, Dunbier AK, Toro TT, Lynch H, et al. Methylation of the CDH1 promoter as the second genetic hit in hereditary diffuse gastric cancer. *Nat Genet*. 2000;26:16-7.
5. Pharoah DP, Guilford P, Caldas C. International Gastric Cancer Linkage Consortium. Incidence of gastric cancer and breast cancer in CDH1 (E-cadherin) mutation carriers from hereditary diffuse gastric cancer families. *Gastroenterology*. 2001;121:1348-53.
6. Charlton A, Blair V, Shaw D, Parry S, Guilford P, Martin IG. Hereditary diffuse gastric cancer: predominance of multiple foci of signet ring cell carcinoma in distal stomach and transitional zone. *Gut*. 2004;53:814-20.
7. Shaw D, Blair V, Framp A, Harawira P, McLeod M, Guilford PI. Chromoendoscopic surveillance in hereditary diffuse gastric cancer: an alternative to prophylactic gastrectomy? *Gut*. 2005;54:461-8.
8. Vaccaro C, Roverano A, Redal M Programa de Cáncer Hereditario (ProCanHe): 10 años de Experiencia con el Síndrome de Lynch. *Rev Argent Cir*. 2006;91:226-37.
9. Ramzi S, Contran MD, Vinay Kumar MD, Tucker Collins MD. Robbins. Patología estructural y funcional. 6ta ed. E.U;2000.p.833-7.
10. Viera M. Estudio comparativo entre adenocarcinoma gástrico de cardia y de antro. *Rev Med Paulista*. 2001; 128(3): 91-4

## SUMMARY

The following case report gives us a follow up of a white, female 58 years-old patient, coming to a consultation for presenting dyspeptic disturbances of six-months evolution together with general syndrome and light anemia. We made panendoscopy of the High Digestive Tract, finding an ulcerated lesion in angular incision with malignant characteristics, endoscopically concluded as probably Ulcerated Gastric Neoplasia, with subsequent anatomopathologic diagnostic of Gastric Adenocarcinoma of signet-ring cells. The patient was operated in our hospital, confirming the diagnosis with the study of the surgical piece.

**MeSH**

**STOMACH NEOPLASMS /diagnosis**  
**STOMACH NEOPLASMS/surgery**  
**STOMACH NEOPLASMS/complications**  
**ENDOSCOPY/methods**  
**HUMANS**  
**FEMALE**  
**MIDDLE AGEED**

### **CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO**

González González JM, Corrales Alonso S, Hernández Llanes JL, Hernández Hernández R, Felipe Ferreira OI. Adenocarcinoma gástrico. Variedad de células en anillo de sello. A propósito de un caso. Rev méd electrón [Seriada en línea] 2009; 31(2). Disponible en URL:

<http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20médica/año%202009/vol2%202009/tema10.htm> [consulta: fecha de acceso]