



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-177 - TRATAMIENTO DEL CARCINOMA OAT CELL GÁSTRICO. A PROPÓSITO DE UN CASO

Romera Barba, Elena; Navarro García, María Inmaculada; Torregrosa Pérez, Nuria María; Sánchez Pérez, Ainhoa; Castañer Ramón-Llín, Juan; Maestre Maderuelo, María; Martínez Manzano, Álvaro; Vázquez Rojas, José Luis

Hospital General Universitario Santa Lucía, Cartagena.

Resumen

Introducción: El carcinoma microcítico u oat cell es un tumor neuroendocrino derivado del sistema APUD (Amine Precursor Utake Decarboxylase) de localización principal en pulmón. La localización extrapulmonar es muy infrecuente, aunque se ha descrito en diversas localizaciones: miocardio, pericardio, sistema nervioso central, vejiga urinaria, próstata y en tracto digestivo. El carcinoma oat-cell gastrointestinal representa del 0,1 al 1% de las neoplasias digestivas. Su localización más frecuente es el esófago, seguido del territorio colorrectal, y con menor frecuencia el estómago. Afecta fundamentalmente a varones de mediana edad. El diagnóstico se basa en la histología y la positividad de la biopsia para marcadores neuroendocrinos, si bien en muchos casos es difícil establecer el diagnóstico de forma preoperatoria, siendo etiquetados como adenocarcinomas indiferenciados o incluso linfomas. Suele ser tumores muy agresivos, con metástasis en aproximadamente la mitad de los casos en el momento del diagnóstico, y un pronóstico infausto, con una supervivencia media de 5-12 meses. El tratamiento es controvertido y como consecuencia de la escasa prevalencia no hay un protocolo claro de actuación.

Caso clínico: Presentamos el caso de un varón de 66 años que consultó por epigastralgia y plenitud posprandial de un mes de evolución. En la gastroscopia se apreció la existencia de pliegues engrosados e infiltrados, con efecto masa hacia la zona subcardial, y una gran ulceración con áreas de necrosis en cuerpo gástrico, que se extendía hacia en antro. La biopsia informó de carcinoma de célula pequeña tipo oat cell. El análisis inmunohistoquímico reveló positividad para cromogranina, CCK y CD56. Se completó el estudio de extensión con TC, hallando una gran masa gástrica de 10 × 14 cm, con signos de infiltración de lóbulo caudado, pilar izquierdo diafragmático, cola de páncreas y suprarrenal izquierda, múltiples adenopatías, ascitis e implantes diafragmáticos. Ante los hallazgos, fue remitido a Oncología e inició tratamiento con quimioterapia (CDDP/etopósido). En el TC de control tras tres ciclos se apreció reducción de tamaño del tumor, las adenopatías, el líquido libre y los implantes. Sin embargo, en el TC de reevaluación tras completar 6 ciclos presentó progresión de la enfermedad con infiltración de la cava. Precisó ingreso por deterioro del estado general siendo exitus a los 5 meses del diagnóstico.

Discusión: En la mayoría de los casos el diagnóstico se realiza en estadios avanzados, por lo que el principal planteamiento terapéutico es la quimioterapia. Debido a que las características biológicas

son similares a las del pulmón, se ha propuesto utilizar los mismos esquemas de quimioterapia, siendo la combinación de cisplatino y etopósido la más empleada. Se trata de un tumor quimiosensible, en el que se suele apreciar muy buena respuesta inicial, incluso con desaparición evidente de lesiones en los estudios de imagen, pero suele recaer de forma precoz, como ocurrió en nuestro caso. La cirugía no supone la principal opción terapéutica, más que en los escasos casos de enfermedad localizada en los que sí se debe plantear una cirugía con intención curativa, siempre asociada a quimioterapia. El papel de la radioterapia no está bien definido, si bien se ha utilizado en estadios localizados en combinación con la cirugía.