



Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

160/530 - CARCINOMA DE CÉLULAS EN ANILLO DE SELLO

A.C. Frazao Dos Santos^a, M. Martínez Pujalte^b, A. Carrasco Angulo^c, L. Úbeda Cuenca^d, D.P. Piñar Cabezos^b, A.B. Martorrel Pro^b, C. Aguayo Jiménez^b, Y. Romero Castro^e, M.Á. Gomariz Martínez^b y M.G. Cortez Lebe^e,

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de los Alcázares. Murcia. ^bHospital Los Arcos del Mar Menor. ^cMédico de Familia. Centro de Salud de San Javier. Murcia. ^dMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Javier. Murcia. ^eHospital Virgen de la Arrixaca.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 25 años remitido desde su médico de familia por dolor epigástrico de unos 3 meses de evolución con deposiciones diarreicas nocturnas sin productos patológicos, con intensificación del dolor y acompañado de pirosis que no sede a pesar de analgesia e IBP. No fiebre, náuseas ni vómitos. Asocia distensión abdominal sobre todo por las noches, sudoración nocturna, pérdida de peso (unos 10 kg) y discreta. astenia. Antecedentes personales: Natural de Ecuador, residente en España desde hace 10 años, sin antecedente médicos ni quirúrgicos de interés.

Exploración y pruebas complementarias: Exploración física, afebril, normotenso, consciente y orientada, buen estado general, palidez cutánea, auscultación: rítmica y sin soplos, murmullo vesicular conservado sin ruidos patológicos, abdomen blando y depresible, ligero dolor a la palpación en epigastrio, no palpo masas ni megalias. Analítica: Hb 7,6, VCM 67, HCM 18, hematocrito 28, leucocitos 6.320, plaquetas 368.000, VSG 5, TTPA 35,1, TP 100%. Hierro: 33, Calcio 8,00. GOT 17, GTP: 21. Fosfatasa alcalina 58. LDH 380. TAC tórax-abdomen-pelvis: Neo gástrica región pre pilórica y antro) acompañada de 2 ganglio pequeños. Anatomía patológica: adenocarcinoma de tipo difuso poco diferenciado G-3, adhesión a cápsula pancreática corresponde a T4b. La infiltración a nivel del tumor del peritoneo visceral es hasta el mismo pero no se observa irrupción del mismo, y la infiltración de la grasa de ambos omentos a través del meso correspondería a pT3. Ganglios aislados 19, en ellos se observa uno de la curvatura mayor con células tumorales a nivel del seno subcapsular. En múltiples ganglios células tumorales sueltas en la periferia.

Juicio clínico: Adenocarcinoma gástrico tipo difuso G-3 pT3/pT4pN1 (1/19) M0.

Diagnóstico diferencial: Linfoma gástrico tipo MALT. Carcinoma difuso.

Comentario final: En Urgencias de transfunde concentrado de hematíes. En planta solo refiere dolor epigástrico postprandial se realiza TAC abdominal, endoscopia con tomas de muestras que nos informan de la histología descrita, posteriormente se procede a cirugía mediante laparotomía a gastrectomía y reconstrucción en Y de ROUX se evidencia tumoración de 10 cm a nivel de antro-cuerpo, un mes después sin presentar complicaciones en el postoperatorio, se inicia Xeloda y posteriormente quimio mas radioterapia concomitante con Xeloda.

BIBLIOGRAFÍA

1. Crawford JM. Carcinoma Gástrico. En: Kumar V, Robbins SL, eds. Patología Estructural y Funcional. Madrid, McGraw Hill Interamericana.
2. Fuchs CS, Mayer RJ. Gastric Carcinoma. N Engl J Med. 2005.
3. Guevara R, Moya L, Vargas H. Cáncer de estómago. Incidencia y Mortalidad. Bol Of Sanit Panam.
4. Fodor M, Cerda G. Cáncer Digestivo Alto: Esófago y Estómago. Neoplasia 2007.