

## NOTA CLÍNICA

Hospital Provincial Clinicoquirúrgico Docente "Saturnino Lora"

### TUMOR DE LA PARED TORÁCICA, METASTÁSICO DE UN ADENOCARCINOMA GÁSTRICO

Dr. Ramón González Couso,<sup>1</sup> Dr. Manuel Pascual Bestard,<sup>2</sup> Dr. Evaristo San José Alvarez,<sup>3</sup> Dr. Luis Rodríguez Sánchez<sup>4</sup> y Dra. Ana María Nazario Dolz<sup>1</sup>

#### Resumen

Se expone el hallazgo de una forma poco frecuente de metástasis de un adenocarcinoma gástrico en un paciente de la raza negra de 44 años de edad, con antecedentes patológicos personales de asma bronquial, en quien se detectó un tumor en la región preesternal, cuyo diagnóstico se estableció mediante exámenes complementarios. En la literatura médica revisada no aparece descrito este tipo de diseminación neoplásica, razón por la cual se decidió informar el caso.

Descriptor: ADENOCARCINOMA; NEOPLASMAS GÁSTRICOS; NEOPLASMAS TORÁCICOS; METÁSTASIS DEL NEOPLASMA.

El cáncer gástrico tiene su mayor incidencia en Japón, Finlandia e Islandia; en nuestro continente, Chile es el país más afectado,<sup>1</sup> mientras que en los Estados Unidos constituye la octava causa de muerte y en nuestra provincia la quinta

(Dirección Provincial de Salud. Estadística de cáncer. Santiago de Cuba, 1997). En los últimos 25 años, su frecuencia ha disminuido inexplicablemente en el mundo occidental.<sup>2</sup>

-----  
<sup>1</sup> Especialistas de I Grado en Cirugía General.

<sup>2</sup> Especialista de I Grado en Cirugía General. Profesor Instructor.

<sup>3</sup> Residente de 4to. Año en Cirugía General.

<sup>4</sup> Especialista de I Grado en Cirugía General. Profesor Auxiliar.

Sus manifestaciones clínicas pueden estar enmascaradas por el proceso precanceroso, aparecen en cualquier etapa de la vida y generalmente no prevalecen en uno u otro sexo. La afección suele localizarse en una mucosa previamente alterada, pero su cuadro sintomático inespecífico conduce a que los pacientes no sospechen su enfermedad, así como también a que no despierte las impresiones diagnósticas apropiadas en la mente del médico.<sup>3-6</sup>

En un estudio comparativo de diversos síntomas en afectados por cáncer resecable y no resecable, respectivamente,<sup>5</sup> las diferencias halladas fueron muy poco significativas, tomando en cuenta incluso la duración de las manifestaciones, la cuantía de la pérdida de peso y la localización del tumor en el estómago.

Además de la diseminación de las células cancerosas hacia la pared gástrica y linfáticos, puede producirse una masa metastásica firme, referida como anaquel rectal o de Blumer, que apunta hacia una carcinomatosis avanzada;<sup>6-8</sup> pero la más importante en cuanto a pronóstico es la que se realiza a los ganglios linfáticos regionales, mientras que la embolia tumoral por vía hemática se presenta independientemente de la linfática, solamente en las fases tardías de la enfermedad.<sup>4</sup>

El patrón de afectación de órganos a distancia fue determinado en fallecidos autopsiados, en los cuales se demostró que el hígado era el más dañado en casi el doble que el peritoneo o epiplón, a pesar de que el pulmón suele ser el más comúnmente afectado, seguido por las glándulas suprarrenales.<sup>9, 10</sup> La alteración histológica del bazo es relativamente infrecuente (menos del 10% en todas las series); resultado que contrasta con la idea generalmente aceptada de que se halla lesionado

en un gran número de pacientes con carcinoma gástrico.

Gutiérrez<sup>10</sup> comprobó que los ganglios linfáticos regionales fueron los más afectados en su casuística y en menor proporción el hígado. Algunos autores<sup>8, 9</sup> informan metástasis a distancia en más del 50 % en estadios II y III; pero en ninguno de los trabajos revisados por nosotros se aborda lo concerniente a este tipo de diseminación.

### Presentación del caso

Paciente de la raza negra de 44 años de edad, carpintero de ocupación, que a pesar de ser asmático no tenía tratamiento ambulatorio para ello. Entre los antecedentes patológicos familiares figuraban hipertensión arterial y cardiopatía isquémica en la madre. Tres meses antes de su ingreso comenzó a notar un pequeño aumento de volumen en la región esternal, firme y dolorosa, que se exacerbaba con la tos e inspiración profunda y se irradiaba a hombro y brazo derechos, de carácter punzante, sin otros síntomas, por lo cual se le indicó tratamiento antiinflamatorio y analgésico, que no eliminó el cuadro. Posteriormente se le realizaron 4 citologías por aspiración con aguja fina (CAAF), pero su nulo valor para el diagnóstico fue determinante para decidir su hospitalización.

Seguidamente se relacionan los estudios efectuados:

Hemoglobina: 75 g/L  
Hematócritos: 0,25 L/L  
Leucocitos:  $10 \times 10^9/L$   
Polimorfonucleares: 0,80  
Monocitos: 0,04  
Eosinófilos: 0,06  
Linfocitos: 0,10  
Grupo sanguíneo: 0 positivo

Proteínas totales y fraccionadas. Proteínas totales: 61,0 g/L; Alb: 33,5 g/L; Glób: 27,5 g/L

Electrocardiograma: Ritmo sinusal. Frecuencia cardíaca: 74/minuto.

No patológico

Tomografía axial computarizada (TAC) de tórax: En los cortes tomográficos no se observaron alteraciones en la porción anterosuperior del tórax ni en la superior del esternón, pero sí adenomegalias mediastinales.

TAC de abdomen: Adenomegalias peripancreáticas y del hilio hepático. Imagen de baja densidad en cuerpo pancreático.

Gammagrafía ósea: El tumor parecía corresponder a partes blandas que comprimían sin infiltrar el esternón, pues esa porción se presenta fría. El resto del esqueleto era normal.

Ultrasonido abdominal: Hígado y vesícula ecogénicamente normales, sin dilatación de vías biliares. Páncreas: Presencia de una imagen de baja ecogenicidad que medía 18 x 30 mm. Riñones y bazo de tamaño y aspecto normales.

Biopsia incisional: Metástasis de un carcinoma indiferenciado.

Ya en poder del resultado de la biopsia, se hizo un nuevo interrogatorio para identi-

ficar alteraciones digestivas altas muy vagas, que el enfermo omitió. A partir de ello dirigimos el estudio hacia la esfera digestiva.

Panendoscopia oral: Estómago: al nivel de la curvatura mayor hacia el cuerpo se ofreció una zona amplia, irregular, anfractuosa, de consistencia pétreo y friable.

Conclusión: Neoplasia gástrica (se tomó muestra para biopsia).

Laparoscopia: Estómago: Dilatado, con vasos de neoformación en cuerpo y antro, unido a un aumento de la consistencia, así como a la ausencia de lesiones en peritoneo parietal. Conclusión: Neoplasia gástrica.

Biopsia gástrica: Adenocarcinoma gástrico con células en anillo de sello.

En el acto quirúrgico se encontró un tumor exogástrico que ocupaba todo el órgano, con múltiples metástasis en intestino delgado, raíz del mesenterio, mesocolon y líquido ascítico. Se realizó gastroyeyunostomía antecólica, yeyunoyeyunostomía y biopsia ganglionar. Egresó a los 10 días de operado, pero como este tumor metastásico de la región esternal tiene un crecimiento rápido y exagerado, falleció tres meses después en el estado que se muestra en las figuras 1 y 2.



Fig. 1. Aspecto del enfermo



Fig. 2. Aspecto del tumor. Observe su gran tamaño.

### Abstract

#### Metastatic Tumor from the Thoracic wall in a Gastric Adenocarcinoma

The finding of an infrequent way of metastasis in a gastric adenocarcinoma from a 44 years old black patient is exposed, with a personal pathologic history of bronchial asthma, in whom a pre-sternal region tumor was detected. The diagnosis was carried out through complementary tests. There is no description of this neoplastic dissemination in the medical literature, that is why we decided to inform the case.

Headings: ADENOCARCINOMA, GASTRIC NEOPLASMS, THORACIC NEOPLASMS, NEOPLASM METASTASIS

### Referencias bibliográficas

1. Wiks AE. Tumores de estómago. La Habana: Editorial Científico Técnica, 1985; t 1: 659-70.
2. Adashek K, Sargo J, Longmire WP. Cancer of the stomach. Review of consecutive ten years intervals. Ann Surg 1979;789:6-10.
3. Goldsmith HS, Ghosh BC. Carcinoma of the stomach. Am J Surg 1990;120:317-23.
4. Shahon DR, Hidorowitz KW. Cancer of the stomach. An analysis of 152 cases. Surgery 1996;39:204-9.
5. Mc Neer G, Park GT. Malignant tumor of the stomach. Treatment of Cancer and Allied Disease. New York: The Academic Press; 1962; vol 5:111-268.
6. Cohn I. The meaning of lymph nodes metastases and their treatment: Cancer of stomach, pancreas and small bowel. In: Weiss L, Gilbert HH, Ballon SG. Lymphatic System Metastasis. Boston: Hall; 1980;262-9.

7. Longmire WP. Carcinoma del estómago. En: Tratado de Patología Quirúrgica de Davis – Christopher. La Habana: Editorial Científico-Técnica; 1985; t 1/1:954-61.
8. Gunderson LL, Sosin H. Adenocarcinoma of the stomach – areas of failure in a reoperation series (second or symptomatic looks). Clinico-Pathology correlation and implication for adjuvant therapy. Int J Radiol Oncol Biol Phys 1982;8:1-11.
9. De Vita. Cáncer. Principios y Prácticas de Oncología. La Habana: Editorial Científico Técnico; 1977; t 2:500-9.
10. Gutiérrez A. Follow-up in gastric cancer. Is it of value. Br J Surg. 1997; 84(2):7-12.

Dr. Ramón González Couso. Calle K # 314, entre Ave. Las Américas y Calle 6ta. Reparto Sueño, Santiago de Cuba