

Obstrucción pilórica determinada por carcinoma gástrico superficial polipoide

Dres. Ana Mariño, Gonzalo Ardao,
Nelson Reissenweber, Enrique Arce
y Rogelio Belloso.

Se comunica un caso de carcinoma gástrico superficial, con una presentación clínica en todo similar a la del carcinoma gástrico avanzado; cuyo síntoma principal es un síndrome pilórico, hecho excepcional en este tipo de tumores. La anatomía patológica macroscópica es llamativa dado que la combinación del tipo I, II A, II B de la clasificación japonesa es inusual. Se discute además la posibilidad de una transformación maligna superficial de un adenoma vellosa.

PALABRAS CLAVE (KEY WORDS, MOTS CLÉS) MEDLARS:
STOMACH NEOPLASMS.

SUMMARY: Pyloric obstruction due to superficial polypoid gastric carcinoma.

Authors present a case of superficial gastric carcinoma, with a clinical presentation which was absolutely similar to that of advanced gastric carcinoma, whose main symptom is the appearance of a pyloric syndrome (an exceptional finding in superficial tumors). The macroscopical anatomopathology is surprising because a combination of types I, II A, and II B of the Japanese classification is unusual. Authors also discuss the possibility of superficial malignant transformation of a villous adenoma.

Clinica Quirúrgica "A" (Encargado Prof. Agregado Dr. Gonzalo Maquieira) y Depto. de Anatomía Patológica (Director Prof. Dr. Walter Acosta Ferreira). Hospital de Clínicas. Fac. de Medicina. Montevideo.

RÉSUMÉ: Obstruction pylorique déterminée par un cancer gastrique superficial polypoide.

Les auteurs présentent un cas de cancer gastrique superficial semblable en tout cliniquement à un cancer gastrique avancé, dont le symptôme principal est celui d'un syndrome pylorique, fait exceptionnel dans ce type de tumeurs. L'anatomie pathologique macroscopique est surprenante, puisque la combinaison des types I, IIa et IIb de la classification japonaise est très peu fréquente. Ils discutent sur la possibilité d'une transformation maligne superficielle d'un adenome velu.

INTRODUCCION

Denominamos carcinoma gástrico superficial a aquel confinado a la capa mucosa o mucosa y submucosa, con o sin metástasis en los ganglios linfáticos regionales.

Nos referiremos en especial a un caso de carcinoma gástrico superficial con un tipo de presentación clínica y macroscópica particular.

CASUISTICA

Sexo femenino, 66 años, raza blanca, con antecedentes personales de dispepsia mixta de larga data por lo cual se le realiza en el año 1969 un esofagogastroduodeno (E.G.D.) que fue normal, diagnosticándose en ese momento una hipoclorhidria.

Presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay el 16 de abril de 1986.

Asistentes de Anatomía Patológica y Prof. Agregado de Anatomía Patológica, Asistentes y Prof. Adjunto de Clínica Quirúrgica.
Dirección: Santiago de Anca 1696, Montevideo. (Dra. A. Mariño).

Consulta el 25.9.85 por exacerbación de su dispepsia, dolor y ardor epigástrico, pirosis, náuseas, vómitos, en los que reconoce alimentos del día anterior, llenado gástrico precoz, anorexia, adelgazamiento de 20 kg en 4 meses.

EXAMEN: Muy adelgazada. E.G.D.: proceso expansivo vegetante a nivel del antrogástrico en la región prepilórica. El bulbo duodenal no presenta alteraciones. Fibrogastroscoopia compatible con neoplasma gástrico prepilórico que infiltra el píloro impidiendo el paso del instrumento a su través. Biopsia carcinoma gástrico con intensas atipias celulares, bien diferenciado en sectores, con áreas de mucosa respetada. Hipoalbuminemia de 4,73 g/dl. Tratamiento preoperatorio con alimentación parenteral, régimen gástrico hipercalórico y preparado hipoproteico logrando cifras de proteínas totales de 5 g/dl.

OPERACION: 22.10.85 gastrectomía subtotal distal 75%. Restablecimiento de la continuidad digestiva mediante gastro-yunostomía oral parcial. Evolución posoperatoria buena.

ANAT. PATOL. Macroscopía: presenta a nivel antral una gran tumoración que altera notoriamente la macroscopía del órgano. La superficie interna muestra a nivel antropilórico tumoración vegetante, exofítica multilobulada con sectores de aspecto fungoso en coliflor que ocupa prácticamente toda la circunferencia del antro dejando un pequeño desfiladero de mucosa sana, la tumoración mide 11 por 4 cm y protruye en la luz 8 y 11 mm, firme elástica con sectores parduzcos u hemorrágicos, con áreas de aspecto más friable. Situada a 8 cm del límite oral y a 2 cm del límite anal. Existiendo una zona cercana a la tumoración de localización netamente antral de 7 por 3 cm plana de bordes sobreelevados que presenta un área plana a deprimida con respecto a la misma de 17 mm blanquecina y algo opaca más frágil que se disgrega fácilmente. El resto de la mucosa gástrica en las cercanías de la tumoración presenta un aspecto en empedrado con disminución de los pliegues. Al corte tanto la zona plana, polipoidea y sobreelevada se limitan en profundidad hasta la capa mucosa, estando la muscular edematosa pero macroscópicamente presumiblemente libre de tumor. Se disecó el epiplon siguiendo los trayectos vasculares y por palpación, obteniéndose 3 ganglios linfáticos sin alteraciones macroscópicas.

Macroscópicamente siguiendo la clasificación japonesa etiquetamos dicha lesión gástrica como *tipo I - IIA - IIB*.

Tipo I por presentar la lesión polipoidea, IIA por presentar la lesión sobreelevada y IIB por la lesión plana.

Microscopía: Se observa la existencia tanto a nivel de la zona plana, la polipoidea como la sobreelevada de una proliferación atípica epitelial que forma glándulas y que se encuentra confinada a la mucosa con los caracteres de un adenocarcinoma tubular, existiendo áreas pleomórficas y numerosas dilataciones quísticas, no existiendo infiltración de la submucosa ni de la muscularis mucosa. En sectores el tumor emite prolongaciones con eje conectivo delgado. El resto de la mucosa gástrica vecina al tumor y alejada del mismo muestra una gastritis atrófica extensa con áreas de metaplasia intestinal.

COMENTARIOS

Como comentario interesante de este caso dejamos planteada una interrogante, ¿esa lesión macroscópicamente vegetante, polipoidea con sectores de aspecto fungoso en coliflor y que histológicamente tenía algún sector en que emitía prolongaciones con delgado eje conectivo vascular pudo haber sido un adenoma vellosos que sufrió transformación carcinomatosa, o correspon-

de certeramente a una lesión tipo I exofítica de la clasificación japonesa? De todas formas jerarquizamos que ambas formas de presentación del carcinoma gástrico separadas y más llamativo aún es la asociación de una forma tipo I-IIA-IIB.

Sabemos que el carcinoma gástrico superficial puede tener varias formas de presentación clínica, catalogamos la de esta paciente como la forma pseudoulcerosa con antecedentes de sufrimiento pseudoulceroso de larga data instalando finalmente un síndrome pilórico.

Kodama clasifica al carcinoma gástrico superficial de acuerdo al patrón de crecimiento y pronóstico. Este autor los divide en tipo submucoso, tipo superficial extensivo (super) y tipo de crecimiento penetrante subdividido en PEN-A de crecimiento expansivo y PEN-B penetrante infiltrante. Tanto el mucoso como el super y el PEN-B se caracterizan sobre todo por ser lesiones deprimidas, con incidencia tardía y baja de invasión venosa y a los ganglios linfáticos y un buen pronóstico posterior a la cirugía (90% de los pacientes sobreviven a los 5 años).

En contraste el tipo PEN-A se caracteriza por ser sobre todo una lesión elevada con alta incidencia de invasión venosa y metástasis en los ganglios linfáticos y peor pronóstico luego de la cirugía (64.8% de sobrevida a los 5 años) con metástasis tempranas al hígado.

Es indudable que el pronóstico de esta paciente es excelente dado que el hecho de presentar un carcinoma gástrico superficial limitado a la mucosa sin metástasis a los ganglios linfáticos asegura una sobrevida del 90% a los 5 años luego de la cirugía.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- CORREA P., HAENSZEL W. — Epidemiology of cancer of the digestive tract. Seminars in Oncology Vol. XII. N1, 1985.
- SIPPONEN, PENTI — Atrophic chronic gastritis and intestinal metaplasia in gastric carcinoma. Cancer 52: 1062-1068, 1983.
- SEGURA D.L. — Histochemical characterization of different types of intestinal metaplasia in gastric mucosa. Cancer 52: 498, 1983.
- INOKUCHI K., KODAMA I. — Differentiation of growth patterns of early gastric carcinoma determined by cytophotometric DNA analysis. Cancer 51: 1138, 1983.
- SOJO y col. — Neoplasma gástrico superficial a propósito de 28 observaciones. Cir. Urug. 49: 269, 1979.
- MORSON B.C. — Pathology of the gastrointestinal tract. Current topics in pathology. New York. Vol. 1, 47, 1976.

COMENTARIOS

Dr. G. ESTAPE: Este excepcional caso merece ser comentado, ya que nosotros hemos visto junto al Dr. Sojo, más de 35 casos de neoplasma superficial y nunca vimos un síndrome pilórico ocasionado por esta enfermedad.

El tipo I es muy poco frecuente y sólo lo vimos en una oportunidad; además, excepcionalmente es sintomático, a diferencia de las formas ulceradas.

También es muy raro encontrar una asociación del tipo I con el II, y más aún el I con el IIa y IIb como en este caso.

La mayor parte de las asociaciones observadas por nosotros, correspondía al IIc con el III.

Quizás, si en este paciente no hubiera habido ese crecimiento tan importante, topografiado vecino al píloro, seguramente se hubiera mantenido mucho tiempo asintomático.

Nosotros conocemos un caso que abarcaba casi toda la mucosa gástrica, sin evidenciar síntomas, y que evolucionó bien luego de una gastrectomía total realizada por el Dr. Bolívar Delgado.

Este caso presenta 2 hechos excepcionales:

A) El síndrome pilórico

B) La asociación de las formas I, IIa y IIb.

Mantenemos la interrogante de que este enorme tumor exofítico haya sido previamente una lesión polipoidea transformada en su evolución.

En suma, es un caso muy interesante, y el primero de estas características que tengo conocimiento.

Dr. M. MAZZA: Sería interesante, aparte de todo lo que se ha dicho eventualmente en esta presentación y que a mi me deja perplejo, y no he escuchado una reflexión sobre el hecho, es de por qué mecanismos esta lesión produce la obstrucción antral.

Porque no es por un tumor hacia la luz ¿verdad? Y no es por infiltración de las paredes que estenosan, yo quisiera oír de los que presentaron el trabajo, una explicación del mecanismo a través del cual esta lesión provoca el desarrollo tumoral.

Salvo que el crecimiento sea hacia la luz, sea un crecimiento exuberante hacia la luz, y en ese caso me interesarían datos de cuántos centímetros o cuántos milímetros tenía de crecimiento endoluminal; y si es la proliferación tumoral en la mucosa a través de un desarrollo pseudo polipoideo, llámémosle así, el que condiciona la obstrucción antral.

Yo supongo que es éste el mecanismo pero no lo oí específicamente decir, a lo mejor porque es obvio que es el mecanismo, ¿no?

Dra. A. MARIÑO (cierra la discusión):

La lesión polipoidea que tenía el paciente, era una gran lesión, era prácticamente circunferencial total a nivel del antro y protruía en la luz 8 y 11 mm netamente a nivel antral, era una lesión exofítica, con sectores incluso mucho más firmes. Es decir tenía la posibilidad de dar un síndrome pilórico que es exactamente lo que pasó en este caso. Dejando un pequeño desfilaro por donde pasaba el alimento.

Con respecto a la forma clínica de presentación de este caso, se describe para el cáncer gástrico superficial la forma de presentación pseudoulcerosa, esta paciente presentó esa forma, instalando un síndrome pilórico en la evolución, con antecedentes de una dispepsia mixta de larga data y que nosotros la catalogamos justamente así, como la forma de sufrimiento ulceroso.