

Adenocarcinoma gástrico primario concomitante con tumor del estroma gastrointestinal (gist): reporte de dos casos

Autores Akiko Shimizu,¹ Denny Castro,² Olga Silva,³ Simón Peraza,⁴ Juan Becker⁵

Afiliaciones ¹⁻³Gastroenterólogo adjunto al Centro Control de Cáncer Gastrointestinal "Dr. Luis E. Anderson" Táchira – Venezuela. ²Director del Centro Control de Cáncer Gastrointestinal "Dr. Luis E. Anderson" Táchira – Venezuela. ^{4,5}Anatomopatólogo del Centro Control de Cáncer Gastrointestinal "Dr. Luis E. Anderson" Táchira – Venezuela.

Revista GEN (Gastroenterología Nacional) 2015;69(3):74-77. Sociedad Venezolana de Gastroenterología, Caracas, Venezuela. ISSN 2477-975X.

Autor correspondiente: Shimizu Akiko.

Correo-e: akiko1510@gmail.com

Resumen

A nivel mundial, el cáncer gástrico (CG) es la segunda causa más frecuente de muerte por cáncer. Otros tipos histológicos como linfomas y sarcomas son menos frecuentes, resultando aún más infrecuente, el desarrollo sincrónico de un adenocarcinoma con un tumor del estroma gastrointestinal (GIST).

En este trabajo se documentan dos casos de pacientes con Adenocarcinoma Gástrico concomitante con Tumor del Estroma Gastrointestinal, con diferente presentación clínica. El primero de ellos se trata de paciente femenino de 76 años de edad quien acude por síntomas dispépticos con Ca gástrico precoz IIc + III, la paciente se somete a gastrectomía subtotal radical y en la pieza quirúrgica adicionalmente se observa lesión elevada subepitelial en cuerpo con curva menor que mide 0,6 cm, al corte la lesión compromete la capa submucosa, tratándose de tumores sincrónicos con histogénesis diferente. Y el otro caso se trata de paciente femenino de 66 años de edad acude por pesquisa, con un tumor de colisión.

Palabras clave: adenocarcinoma gástrico primario, tumor del estroma gastrointestinal, concomitante.

PRIMARY GASTRIC ADENOCARCINOMA CONCOMITANT WITH GASTROINTESTINAL STROMAL TUMOR (GIST): REPORT OF TWO CASES

Summary

Worldwide, gastric cancer (GC) is the second most frequent cause of death by cancer. Other histological types as lymphomas and sarcomas are less frequent, resulting even rarer, the synchronous development of adenocarcinoma with a tumor of the gastrointestinal stromal (GIST). In this work are documented two cases of patients with gastric Adenocarcinoma concomitant with Gastrointestinal stromal Tumor, with different clinical presentation. The first of these is 76-year-old female patient who goes by dyspeptic symptoms with early gastric Ca IIc + III, the patient undergoes radical subtotal gastrectomy and the surgical specimen additionally shows subepithelial elevated lesion on gastric body with lesser curvature measuring 0.6 cm, histopathological evaluation showed that the gastric cancer invasion was confined to the submucosal layer, case of synchronous tumours with different histogenesis. The other case is 66-year-old female patient who came to our gastric cancer screening and we found a collision tumor in the stomach.

Key words: primary gastric cancer, stromal gastrointestinal tumor, concomitant.

Introducción

A nivel mundial, el cáncer gástrico (CG) es la segunda causa más frecuente de muerte por cáncer.¹ En Venezuela, y en especial en los estados Andinos el CG representado fundamentalmente por el adenocarcinoma de tipo intestinal es una enfermedad de alta prevalencia y morbimortalidad. Otros tipos histológicos como linfomas y sarcomas son menos frecuentes, resultando aún más infrecuente, el desarrollo sincrónico de un adenocarcinoma con un tumor del estroma gastrointestinal (GIST), de los cuales existen escasos reportes internacionales.² Sin embargo el programa de pesquisa, llevado a cabo desde el año 1984, en el Centro de Control de Cáncer Gastrointestinal "Dr. Luis E. Anderson", realizando endoscopia digestiva alta a todos los pacientes mayores de 35 años con dispepsia no investigada o individuos de menor edad con síntomas de alarma, ha permitido la detección de este tipo de neoplasias. A continuación se hace mención a dos casos clínicos.

Caso Clínico 1

Femenino de 76 años de edad, acude por síntomas dispépticos, se realiza endoscopia digestiva superior y a nivel de antro distal con curva menor, se observa lesión deprimida con centro ulcerado, y pliegues que convergen y se amputan de forma abrupta antes de llegar a la lesión, signo de lifting negativo, planteándose diagnóstico de cáncer gástrico precoz IIc + III (Figura 1). La biopsia endoscópica reporta adenocarcinoma extremadamente bien diferenciado, gastritis crónica atrófica y metaplasia intestinal mixta.

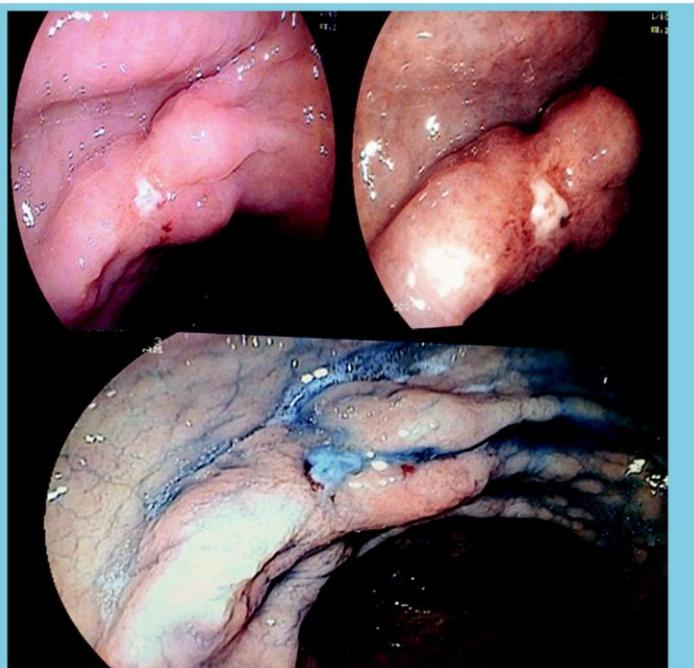


Figura 1 En antro distal con curva menor Ca gástrico precoz IIc + III Lesión deprimida con centro ulcerado y pliegues que convergen y se amputan de forma abrupta antes de llegar a la lesión, signo de lifting negativo.

Se realiza gastrectomía subtotal más linfadencetomía D2. La pieza quirúrgica (Figura 2) fue procesada según el protocolo japonés para cáncer gástrico. Se abre por la curvatura mayor y se observa lesión tumoral ligeramente elevada con centro deprimido que mide 2,5 cm x 1,5 cm ubicada en la curvatura menor de antro con cara anterior, a 2 cm del margen de resección distal y 8,5 cm del proximal. Adicionalmente se observa lesión elevada subepitelial en cuerpo con curva menor que mide 0,6 cm a 4,5 cm del borde proximal. Al corte la lesión compromete la capa submucosa.

Se trata de tumores sincrónicos con histogénesis diferente. Un tumor de estirpe epitelial maligno (Adenocarcinoma y otro de menor tamaño de estirpe mesenquimal originado de las células intersticiales de Cajal.

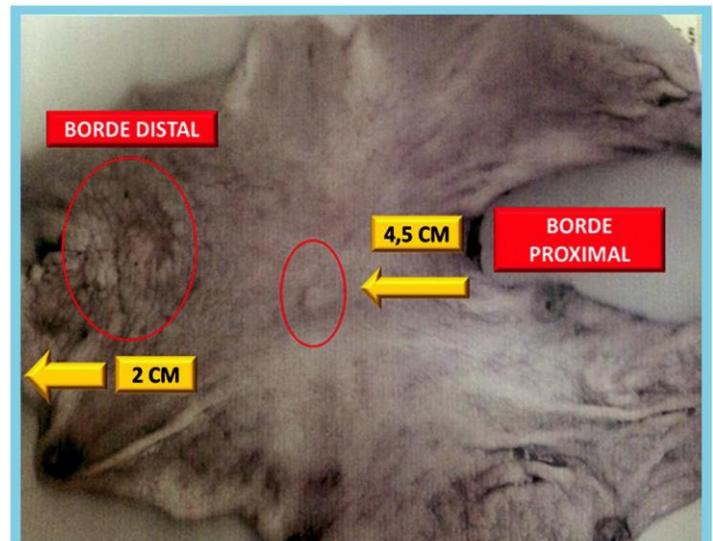


Figura 2 Pieza quirúrgica de gastrectomía subtotal. Se observa lesión tumoral ligeramente elevada con centro deprimido que mide 2,5 cm x 1,5 cm ubicada en la curvatura menor de antro con cara anterior, a 2 cm del margen de resección distal y 8,5 cm del proximal. Adicionalmente se observa lesión elevada subepitelial en cuerpo con curva menor que mide 0,6 cm a 4,5 cm del borde proximal.

Caso clínico 2

Femenino de 66 años de edad, consulta por pesquia, se realiza endoscopia digestiva superior y en fundus se observa lesión de base ancha, superficie lisa mucosa similar a la circundante de 3,5 cm aproximadamente. Se plantea descartar lesión subepitelial. La biopsia endoscópica reporta gastritis crónica erosiva, edema e hiperemia del corion. Los hallazgos del ultrasonido endoscópico arrojan lesión de aspecto hipoecoica, heterogénea, de bordes mal definidos, con ulcera central, que mide 25 x 17,2 mm. En uno de sus cortes parecería originarse la cuarta capa, proveniente de la muscular propia, con infiltración hacia capas superficiales o en su defecto de la mucosa infiltrando hacia la muscular propia. Los extendidos citológicos muestran células atípicas con moderada a abundante cantidad de citoplasma eosinófilo, núcleos con

marcado pleomorfismo, hipercrómicos, otros con cromatina en grumos y nucléolo evidente.

Se decide resolución quirúrgica, con resección en cuña de lesión subepitelial en fundus gástrico. Sin embargo se trata de lesión que invade hasta la muscular propia, Adenocarcinoma gástrico invasivo, bien diferenciado T2 de 2 x 1,7 x 1 cm, asociado con un tumor del estroma gastrointestinal de 0,6 cm en su diámetro máximo (**Figura 3**). Celularidad baja e Índice mitótico: 0 – 1 mitosis por 50 campos de alta magnificación. Se realiza inmunohistoquímica con expresión de CD117 CKIT, CD34, Vimentina y diferenciación miogénica (**Figura 4**).

La paciente es reintervenida, sometiéndose a gastrectomía total, más linfadenectomía D2 (**Figura 5**). Se indicó PET –CT, sin ninguna alteración (**Figura 6**).

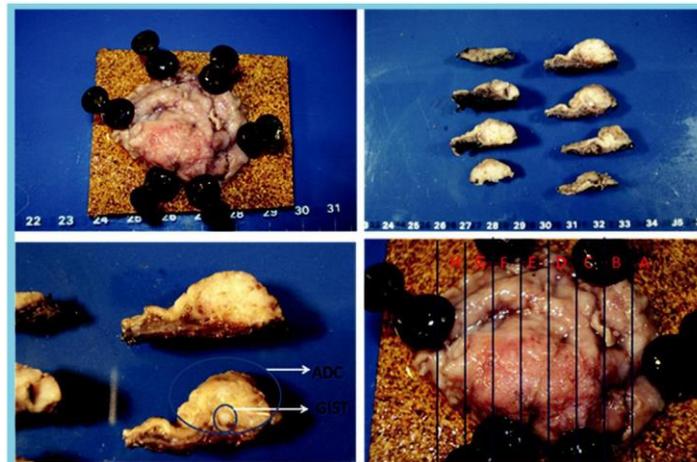


Figura 3 Pieza quirúrgica de resección en cuña. Lesión que invade hasta la muscular propia, Adenocarcinoma gástrico invasivo, bien diferenciado T2 de 2 x 1,7 x 1 cm, asociado con un tumor del estroma gastrointestinal de 0,6 cm en su diámetro máximo.

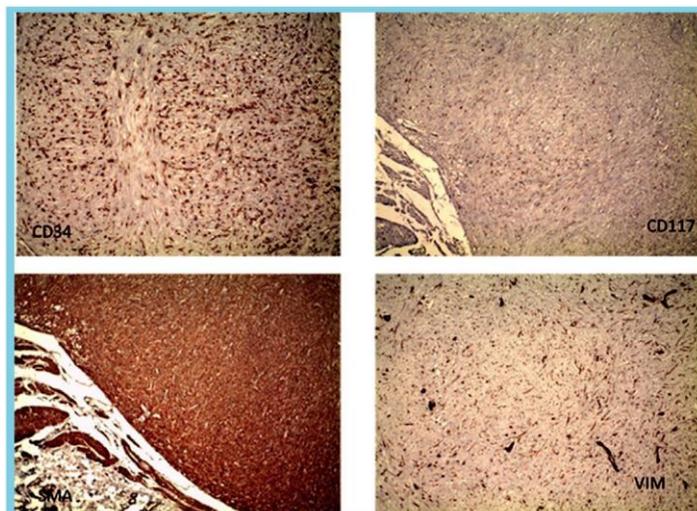


Figura 4 Inmunohistoquímica con expresión de CD117 CKIT, CD34, Vimentina y diferenciación miogénica



Figura 5 Pieza quirúrgica de Gastrectomía total radical.

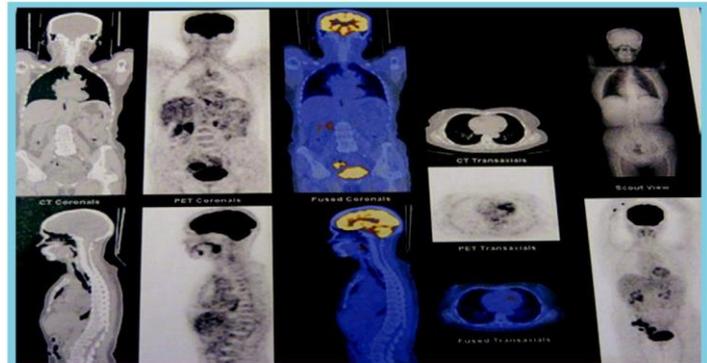


Figura 6 CT-PET

Conclusión

En la literatura se han descrito muy pocos casos de desarrollo concomitante de adenocarcinoma gástrico y GIST, la mayoría son hallazgos intra operatorios o durante el examen macros-cópico.³

Las hipótesis respecto al desarrollo concomitante de ambos tumores apuntan a 1) hallazgo incidental, podría explicar sólo por simple coincidencia esta asociación, en especial en áreas de alto riesgo como nuestro país, 2) mutación genética que podría predisponer a la génesis sincrónica de esta asociación o 3) un agente carcinogénico en común que desencadenaría en tejido epitelial y no epitelial del mismo órgano, ambas neoplasia⁴.

En el estado Táchira - Venezuela, desde enero de 2008 a agosto de 2013 se han registrado un total de 33 casos de GIST. El rango etario comprende desde los 84 hasta los 77 años de edad. Tres de estos 33 casos eran de origen extragastrointestinal (EGIST). El porcentaje de distribución fue: esófago 3%, estómago 75,8%, intestino delgado 6%, colon 6% y EGIST 9%.

En conclusión, el programa de pesquisa ha permitido el diagnóstico de este tipo de lesiones infrecuentes, en un país de alta incidencia y mortalidad de cáncer gástrico.

Clasificación

Área: gastroenterología.

Tipo: caso clínico.

Tema: adenocarcinoma gástrico primario y tumor del estromal gastrointestinal.

Patrocinio: este trabajo no ha sido patrocinado por ningún ente gubernamental o privado.

Referencias bibliográficas

1. Maiorana A, Fanter, Cesinaro A, Fano R. Synchronous occurrence of epithelial and stromal tumors in the stomach: a report of 6 cases. Arch Pathol Lab Med 2000;124:682-6.
2. Bircans, Candir O, Aydin S, Baspinar S, Bulbul M, Kapucuoglu N, Et Al. Synchronous primary adenocarcinoma and gastrointestinal stromal tumor in the stomach: A report of two cases. Turk J Gastroenterol 2004;15:187-91.
3. Salemis N, Gourgiotis S, Tsiambas E, Karameris A, T So-hataridis E. Synchronous occurrence of advanced adenocarcinoma with a stromal tumor in the stomach: a case report. J Gastrointestin Liver Dis 2008;17:213-5.
4. Liu W, C Hen H, H Sieh P. Collision tumor of the stomach: a case report of mixed gastrointestinal stromal tumor and adenocarcinoma. J Clin Gastroenterol 2002;35:332-4.



SOCIEDAD
VENEZOLANA DE
GASTROENTEROLOGÍA

SÍGUENOS!



@sovegastro



Sociedad Venezolana de
Gastroenterología

o visítanos en nuestro portal Web
www.sovegastro.org

**Envíanos tus sugerencias y entérate
de nuestras más recientes actividades!**

Inscríbete en la Sociedad Venezolana de
Gastroenterología y goza de
innumerables beneficios:

- * Recibe nuestros ejemplares educativos e informativos: GEN, Notigen y Notigen Digital
- * Participa en las actividades de las secciones y los capítulos
- * Inscríbete en el Fondo de Previsión Social
- * Participa gratis o con descuento en nuestros congresos anuales.

Entre otros, que te mantendrán
al día con las últimas tendencias.

