



P-167 - TUMOR SINCRÓNICO GÁSTRICO: ADENOCARCINOMA Y LINFOMA

A. Ballesteros, M.Á. Cornejo, S. Yagüe, L. Tortolero, M. Coll, J. Pérez de Oteyza, A. Sanjuanbenito y E. Lobo

Hospital Ramón y Cajal, Madrid.

Resumen

Introducción: La aparición de tumores sincrónicos gástricos en forma de adenocarcinoma y linfoma supone una situación muy rara y poco recogida en la bibliografía. Parece que su etiopatogenia va a estar relacionada con la infección por *H. pylori* y el tiempo de evolución de la infección.

Caso clínico: Presentamos un caso de una mujer de 67 años sin antecedentes de infección por *H. pylori*, que es diagnosticada en julio de 2013 de linfoma no Hodgkin B difuso de células grandes estadio 2A de localización gástrica, por cuadro de hematemesis con realización de endoscopia con toma de biopsias. Fue tratada con quimioterapia según el protocolo CHOP-R (ciclofosfamida-doxorrubicina-vincristina-prednisolona-rituximab) y posteriormente con rituximab. En el TAC de control a los 4 meses de tratamiento, se evidencia respuesta completa en adenopatías locorregionales con escasa respuesta gástrica. Se realiza panendoscopia con toma de biopsias donde se visualiza engrosamiento antral con ulceración superficial con diagnóstico anatomo-patológico de adenocarcinoma de patrón difuso con células en anillo de sella (positivo para citoqueratinas AE1 y AE3 por inmunohistoquímica) sin identificarse persistencia de proceso linfoproliferativo. Se somete a intervención quirúrgica con realización de gastrectomía subtotal con linfadenectomía D2 con presencia en la anatomía patológica de la pieza de adenocarcinoma de patrón difuso pobemente diferenciado con células en anillo de sella que infiltra serosa (p T4N1, estadio IIIA) y linfoma residual focal afectando a capa muscular compatible con linfoma B de célula grande. Ante los hallazgos con estudio de extensión negativo, se decide continuar tratamiento con terapia adyuvante con Xelox (capecitabina-oxaliplatino).

Discusión: El hallazgo en la anatomía patológica de tumores sincrónicos gástricos del tipo adenocarcinoma y linfoma, supone una rareza. Parece que ambos comparten mecanismos inmunológicos o patogénicos comunes donde la infección por *H. pylori* va a tomar un papel relevante. Es posible también que la presencia de un linfoma gástrico aumente el riesgo de padecer una adenocarcinoma y no al revés. No existe un procedimiento de elección en el tratamiento de los tumores sincrónicos gástricos, pero puesto el que el tumor que va a marcar el pronóstico de los pacientes será el adenocarcinoma, el tratamiento idóneo será el quirúrgico siempre que sea posible (gastrectomía con linfadenectomía) con posterior quimioterapia. En el diagnóstico y tratamiento de los tumores gástricos hay que tener en cuenta esta asociación, que aunque rara es posible encontrarla. No hay que sobrediagnosticar adenocarcinomas gástricos por la presencia de células en anillo de sella en áreas superficiales de los linfomas (no siendo éstas de origen carcinomatoso sino desprendidas de las glándulas afectadas por el proceso linfoproliferativo). El pronóstico va a venir determinado por el adenocarcinoma, por lo que realizaremos intervención quirúrgica en los casos que sea posible.