



P-317 - OBSTRUCCIÓN INTESTINAL SECUNDARIA A LINITIS PLÁSTICA RECTAL POR ADENOCARCINOMA GÁSTRICO CON CÉLULAS EN ANILLO DE SELLO. A PROPÓSITO DE UN CASO

Castanedo Bezanilla, Sonia; Cristóbal Poch, Lidia; Caña Ruiz, Rubén; Valbuena Jabares, Víctor; Gómez Ruiz, Marcos; Cagigas Fernández, Carmen; García Cardo, Juan; Rodríguez Sanjuán, Juan Carlos

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander.

Resumen

Introducción: La linitis plástica rectal es una patología infrecuente, que puede presentarse de forma primaria en el recto o, raramente, aparecer de forma secundaria como extensión de otros tumores. Consiste en una infiltración intraparietal y circunferencial del recto, que puede producir obstrucción intestinal. En la mayor parte de los casos, el diagnóstico se retrasa, debido a unos hallazgos radiológicos y endoscópicos inespecíficos, y la negatividad de las biopsias, ya que la mucosa no está infiltrada por el tumor. Por este motivo, resulta de vital importancia conocerlo para poder orientar correctamente el diagnóstico.

Caso clínico: Varón de 63 años. Diagnosticado a raíz de cuadro de dolor epigástrico y síndrome general de un adenocarcinoma gástrico con células en anillo de sella con criterios locales de irresecabilidad (cT4N3M0). Se decide iniciar tratamiento quimioterápico según esquema FOLFOX recibiendo 8 ciclos con TC posterior para control de respuesta, evidenciando enfermedad estable manteniendo criterios de irresecabilidad, por lo que se continúa tratamiento con Tegafur. Durante seguimiento en consultas el paciente cuenta estreñimiento de 10 días de evolución, junto con deterioro agudo de la función renal, por lo que se decide ingreso hospitalario. Al ingreso el paciente refiere ausencia de tránsito en los últimos 10 días junto con náuseas. Durante la exploración física destacaba una distensión abdominal con dolor a la palpación. Se solicita TC abdominal con contraste objetivándose una obstrucción intestinal con válvula competente, sin datos de sufrimiento, por un engrosamiento concéntrico de la pared del recto de aspecto inflamatorio. Se coloca sonda rectal para descompresión, con salida de abundante contenido fecaloideo y gas, quedando el paciente asintomático, de cara a completar el estudio previo a plantear tratamiento quirúrgico. Se solicita endoscopia preferente, en la que se ve inmediatamente por encima de la línea pectínea un engrosamiento mucoso y concéntrico del recto, que estenosa la luz a nivel de la unión recto-sigma que no impresiona de neoformación primaria, sino que tiene un aspecto infiltrativo. Se toman biopsias, con resultado de mucosa inflamatoria, con submucosa infiltrada por carcinoma pobremente diferenciado por células en anillo de sella, confirmando una linitis plástica rectal secundaria al carcinoma gástrico. Con este diagnóstico y ante la no resolución del cuadro a pesar del paso del endoscopio sin dificultad, se decide la realización de una colostomía en asa.

Discusión: La linitis plástica rectal secundaria es una entidad infrecuente y desconocida, lo que en muchas ocasiones retrasa el diagnóstico. Además, la imagen radiológica y la endoscopia, que son las pruebas que se solicitan con más frecuencia, muestran hallazgos inespecíficos, que no ayudan al diagnóstico. Otro de los problemas que nos encontramos es que la biopsia mucosa resulta negativa, por ser una infiltración intramural, por lo que nos dificulta más el diagnóstico, y en muchas ocasiones es necesaria la realización de una

ecoendoscopia con toma de biopsias del espesor de la pared. Por este motivo consideramos importante el conocer este cuadro, de cara a solicitar las pruebas adecuadas para su diagnóstico.