



P-373 - ADENOCARCINOMA GÁSTRICO SINCRÓNICO: INTESTINAL Y DE CÉLULAS CLARAS

A.P. Martínez Domínguez, C. Garde Lecumberri, J.F. González Sánchez, A. Cózar Ibáñez, D. Aguilar Peña y J.A. Jiménez Ríos

Hospital Universitario de San Cecilio, Granada.

Resumen

Introducción: Se ha descrito la presencia de adenocarcinoma de células claras en diferentes localizaciones siendo la más frecuente en el aparato genitourinario. Este tipo de tumor es todavía más infrecuente en el tubo digestivo, habiéndose comunicado unos pocos casos en colon, vía biliar y estómago. La denominación de adenocarcinoma de células claras viene dada por la presencia de un citoplasma claro por su alto contenido en glucógeno o mucina. Dentro de los adenocarcinomas gástricos existen diversas variantes celulares incluyéndose anillo de sello, intestinales, células claras e incluso hepatoide. Presentamos el caso de una forma celular poco frecuente en los adenocarcinomas gástricos como es la variante de células claras, coexistiendo además en nuestro caso con un adenocarcinoma de tipo intestinal.

Caso clínico: Mujer de 44 años que tres años antes fue intervenida por Ginecología por anemia y tumoración ovárica izquierda, realizándosele histerectomía con doble anexectomía. El estudio anatomopatológico informó de tumoración ovárica de probable origen gástrico metastásico, siendo una variante de células claras AFP+ SALL. Presentaba marcadores AFP 4.676, CEA 194, Ca 125 286. En el estudio de extensión se encontró una tumoración en pulmón izquierdo sugerente de carcinoide confirmado mediante biopsia. Los tumores con expresión de tumor vitelino son buenos respondedores a la quimioterapia por lo que recibió tratamiento adyuvante con bleomicina/etopóxido/cisplatino, consiguiendo descenso inicial de marcadores y control del foco ginecológico. Tras ascenso de marcadores (AFP 39 y CEA 5.2) se aplicó segunda y tercera línea con adriamicina/oxiplatino/capecitabina y taxol/carboxiplatino. Debido a persistencia del foco gástrico se realizó gastroscopia/ecoendoscopia comprobando una lesión ulcerada de 1.5cm en antro (biopsia: adenocarcinoma de células claras uT2aN0). Se realizó TAC (masa en LII pulmonar por el carcinoide conocido, engrosamiento antral y adenopatías peripancreáticas y en tronco celiaco) y PET (sin otros focos metabólicos).

Resultados: Fue intervenida encontrando engrosamiento en curvatura menor próxima a píloro y numerosas adenopatías en gástrica izquierda y derecha, gastroepiploica y en tronco celiaco, así como conglomerado adenopático peripancreático. Se realizó gastrectomía subtotal con reconstrucción en Y de Roux con linfoadenectomía D2. El estudio anatomopatológico informó de dos tumoraciones sincrónicas: tumoración con adenocarcinoma de tipo intestinal bien diferenciado superficial (sin afectación ganglionar), y nódulo intraparietal correspondiente a tumor de células claras que metastatizaba en dos de las adenopatías peripancreáticas descritas. El postoperatorio transcurrió sin complicaciones y tras seis meses libre de enfermedad se realizó lobectomía pulmonar izquierda con buen resultado.

Conclusiones: El carcinoma de células claras es infrecuente, siendo su localización habitual el aparato genitourinario donde se asocia a mal pronóstico (pronóstico incierto en el resto de localizaciones). En el estómago la localización más frecuente es la unión esófago-gástrica. La clasificación de la OMS es la única que contempla la variante de células claras, no estando incluida en la de Lauren. En nuestra paciente coexistía la variante de células claras con el tipo intestinal, por lo que deben tenerse en cuenta este tipo de variantes cuando hay presentaciones atípicas de neoplasias gástricas de cara a conseguir un tratamiento preciso precoz y eficaz.