



P-168 - RECAÍDA GÁSTRICA TARDÍA EN PACIENTE CON ADENOCARCINOMA GÁSTRICO INTESTINAL Y DE CÉLULAS CLARAS SINCRÓNICO

Capitán del Río, Inés; Martínez Domínguez, Ana Patricia; Garde Lecumberri, Carlos; Romera López, Ana Lucía; Jiménez Ríos, José Antonio

Complejo Hospitalario Universitario de Granada, Granada.

Resumen

Introducción: El adenocarcinoma de células claras debe su denominación a la presencia de un citoplasma claro por su alto contenido en glucógeno o mucina. La presencia de adenocarcinoma de células claras se ha descrito en diferentes localizaciones siendo la más frecuente en el aparato genitourinario, pudiéndose hallar también en el tubo digestivo comunicándose algunos casos en colon, vía biliar y estómago. Se presenta la evolución de una paciente con dos tumores gástricos sincrónicos (de células claras y de tipo intestinal).

Caso clínico: Mujer de 47 años a la que seis años antes se le realizó histerectomía con doble anexectomía por tumoración ovárica de probable origen gástrico metastásico (variante de células claras AFP+ SALL). Presentaba marcadores AFP, CEA y Ca 125 elevados. 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. Durante el seguimiento se encontró una tumoración en pulmón izquierdo sugerente de tumor carcinoide confirmado mediante biopsia. Presentó ascenso de marcadores, se aplicó quimioterapia y se realizó gastroscopia/ecoendoscopia comprobando una lesión ulcerada de 1.5cm en antro a 3 cms del píloro. Se realizó gastrectomía subtotal con linfadenectomía D2 modificada y reconstrucción en Y de Roux. Estudio anatomo-patológico: adenocarcinoma de tipo intestinal bien diferenciado superficial (sin afectación ganglionar) y nódulo intraparietal de células claras que metastatiza en dos de las adenopatías peripancreáticas. Tras seis meses libre de enfermedad se realizó lobectomía pulmonar izquierda (tumor carcinoide bronquial con linfadenitis reactiva). Seguimiento y aparición de foco hipermetabólico en bazo. EDA normal. Reinicia quimioterapia y esplenectomía posterior (adenocarcinoma de células claras extendida a tejidos periesplénicos, ganglio linfático hiliar y vasos linfáticos). Nuevo seguimiento y al año y medio se halla pequeño foco hipermetabólico en pared posterior gástrica. EDA: masa de ecogenicidad heterogénea y pequeña lesión sobreelevada umbilicada a nivel de anastomosis (biopsias negativas). Se presenta el caso en comité multidisciplinar y se decide realizar laparotomía exploradora. Se interviene hallándose múltiples adherencias firmes y tumoración gástrica en íntimo contacto infiltrando cuerpo pancreático. Se realiza degastrogastrectomía total con pancreatectomía corporo-caudal y reconstrucción en Y de Roux. Estudio anatomo-patológico: adenocarcinoma gástrico de células claras que infiltra páncreas, con invasión vasculolinfática y perineural y con metástasis en dos de los 16 ganglios aislados, anastomosis previa no infiltrada.

Discusión: El adenocarcinoma de células claras gástrico es una variante poco frecuente siendo su localización habitual en la unión esófago-gástrica. En nuestra paciente se encontraba en antro y coexistía con otra tumoración de tipo intestinal, apareciendo metástasis esplénica antes que nueva lesión en estómago. Este tipo

de tumores debe tenerse en cuenta puesto que la cirugía en estados precoces puede conseguir años de supervivencia e intervalos libre de enfermedad. En nuestro caso aunque se tratara de un adenocarcinoma de células claras muy cerca del píloro y tuviera un periodo libre de enfermedad gástrica de casi cinco años existe la duda si hubiera sido más beneficioso realizar una gastrectomía total en la primera intervención.