



Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

242/4041 - MANEJO DE ADENOCARCINOMA GÁSTRICO EN PACIENTE PSIQUIÁTRICA

R. Taipe Sánchez^a, E. Olavarri Ortega^b, M. Labrador Hernández^c, M. Madrid^d, V. Choquehuanca^e y V. Acosta Ramón^f

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dávila. Santander. Cantabria. ^bMédico de Familia. Centro de Salud Dávila. Santander. Cantabria. ^cMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Alisal. Santander. Cantabria. ^dMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dávila. Santander. Cantabria. ^eMédico de Familia. Sistema cántabro de salud. ^fMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Centro de Salud Camargo Interior. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 76 años, remitida de forma involuntaria a urgencias para valoración por sospecha de trastorno de conducta alimentaria, alteración de conducta e ideación delirante. Ingresada en psiquiatría, durante su hospitalización presenta quejas de malestar posprandial, dolor abdominal con desnutrición grave, estreñimiento y vómitos que preciso cambio de cabecera al servicio de digestivo. AP: Trastorno esquizotípico de la personalidad, episodios subocclusivos que preciso ingreso en sept/2016 (diagnosticándose de obstrucción por brida, sin evidencia de malignidad). En seguimiento en digestivo por dolor abdominal por sospecha de enfermedad de Crohn. Tratamiento: aripiprazol, lorazepam, lormetazepam, corticoides, omeprazol.

Exploración y pruebas complementarias: Consciente y orientada, caquética y palidez cutánea. Abdomen: blando, masa en flanco derecho, no doloroso a la palpación, RHA presentes. Analítica de ingreso normal. De control: leucocitos 15.500, neutrófilos 92,3%, Hb 9,3 g/dL, ALT 285 U/L, AST 108 U/L, gamma-GT 532 U/L, fosfatasa alcalina 532 U/L, proteínas totales 4,4 g/dL, albúmina 2,6 g/dL, PCR 5,3 mg/dL. TAC abdomino-pélvico: engrosamiento de la pared gástrica, duodeno y colon transverso con dilatación secundaria de asas en ilion distal, vía biliar y conducto pancreática. Biopsia gástrica: adenocarcinoma de células en anillo de sello, infiltrante de Ming, difuso de Lauren.

Juicio clínico: Adenocarcinoma gástrico de células en anillo de sello, infiltrante de Ming, difuso de Lauren.

Diagnóstico diferencial: Enfermedad de Chron vs enfermedad del tejido conectivo.

Comentario final: El cáncer gástrico de células en anillo de sello supone el 5-15% de todos los adenocarcinomas gástricos. Este subtipo histológico tiene un alto potencial para producir infiltración difusa de la pared y una reacción escirro de la misma. El examen físico es, usualmente, normal. En el momento del diagnóstico, el cáncer avanzado suele haber ocasionado metástasis, las cuales afectan con frecuencia al hígado (40%), pulmón, peritoneo y médula ósea.

Bibliografía

1. Kim YH, Park JH, Park CK, Kim JH, Lee SK, Lee YC, et al. Histologic purity of signet ring cell carcinoma is a favorable risk factor for lymph node metastasis in poorly cohesive, submucosa-invasive early gastric carcinoma. *Gastric Cancer*. 2017;20:583-90.
2. Mucientes F, Villalobos P, Klaassen V, Mucientes P, Heredia F, Villanueva J, et al. Casos Clínicos Metástasis de carcinoma de células en anillo de sello al cuello uterino. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2013;78:229-35.

Palabras clave: Adenocarcinoma gástrico.