

## Linitis plástica intestinal: metástasis tardía de adenocarcinoma gástrico en anillo de sello

María Rodríguez Ortega<sup>a</sup>, Alberto Carabias Hernández<sup>a</sup>, José María Rodríguez Barbero<sup>b</sup>, Paloma Garaulet González y Manuel Limones Esteban<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Cirugía General y Digestivo. Hospital Universitario de Getafe. Madrid. España.

<sup>b</sup>Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario de Getafe. Madrid. España.

### Resumen

La linitis plástica es una entidad maligna típica de tumores gástricos, aunque puede afectar a cualquier segmento del tubo digestivo. Característicamente presenta progresión lenta y clínica insidiosa.

Se presenta el caso de un paciente con antecedente de adenocarcinoma gástrico con células en anillo de sello, diagnosticado y tratado con intención curativa 12 años antes del inicio clínico de una linitis plástica de intestino delgado e intestino grueso. El diagnóstico fue obtenido como hallazgo anatomopatológico casual tras cirugía urgente de obstrucción intestinal. No se encontró masa gástrica.

La linitis plástica debe ser tenida en cuenta entre los diagnósticos diferenciales, en pacientes intervenidos previamente de neoplasias malignas de estómago que presentan cuadros obstructivos, sobre todo ante hallazgos operatorios macroscópicos de estenosis circunferencial. El largo tiempo de evolución transcurrido desde el diagnóstico y el tratamiento de la enfermedad primaria no permite descartar la naturaleza maligna de la lesión.

**Palabras clave:** *Linitis plástica. Metástasis intestinal. Tumor gástrico. Obstrucción.*

### INTESTINAL LINITIS PLASTICA: LATE METASTASIS FROM GASTRIC SIGNET RING CELL ADENOCARCINOMA

Linitis plastica is a malignant disease that usually occurs in the stomach, although it can affect any segment of the alimentary tract. Typically, this entity shows slow progression and insidious clinical course.

We present the case of a patient with a previous diagnosis of signet ring cell cancer of the stomach that had been treated with curative intent 12 years before the clinical onset of small and large bowel linitis plastica. The diagnosis was obtained as an incidental pathological finding after urgent surgery for intestinal obstruction. No gastric mass was found.

Linitis plastica should be considered in the differential diagnosis of patients with symptoms of obstruction after resection of a gastric carcinoma, especially if there are macroscopic surgical findings of circumferential narrowing. A long interval after diagnosis and treatment of the primary disease does not allow malignancy to be ruled out.

**Key words:** *Linitis plastica. Bowel metastasis. Gastric carcinoma. Obstruction.*

### Introducción

La linitis plástica o carcinoma esclerosante difuso, descrito por Ewin en 1940, es una entidad maligna típica de tumores gástricos, aunque puede afectar a cualquier segmento del tracto gastrointestinal.

Anatomopatológicamente se caracteriza por un aumento significativo del tejido conectivo con escasas células epiteliales malignas. Clínicamente presenta un curso

insidioso y lento, caracterizado por distintos grados de estrechamiento del tubo digestivo. El diagnóstico precoz es difícil, y en muchos casos es un hallazgo casual en las cirugías de sus complicaciones, como la obstrucción o la perforación, o en pruebas de imagen realizadas ante síntomas inespecíficos como dolor abdominal, pérdida de peso o diarrea.

El intestino delgado y el colon son localizaciones atípicas de linitis plástica primaria y metastásica. Puede confundirse con otras entidades como colitis crónica, enteritis inespecífica o enfermedad de Crohn<sup>1,2</sup>.

Se presenta el caso de un paciente con linitis plástica metastásica de intestino delgado e intestino grueso de origen gástrico. El diagnóstico se obtuvo como hallazgo anatomopatológico casual tras cirugía urgente de obstrucción intestinal.

Correspondencia: Dra. M. Rodríguez Ortega.  
Francisco Silvela, 46, 7.º Derecha. Escalera A. 28028 Madrid.  
España.  
Correo electrónico: rodrortega@yahoo.es

Manuscrito recibido el 18-2-2005 y aceptado el 30-6-2005.

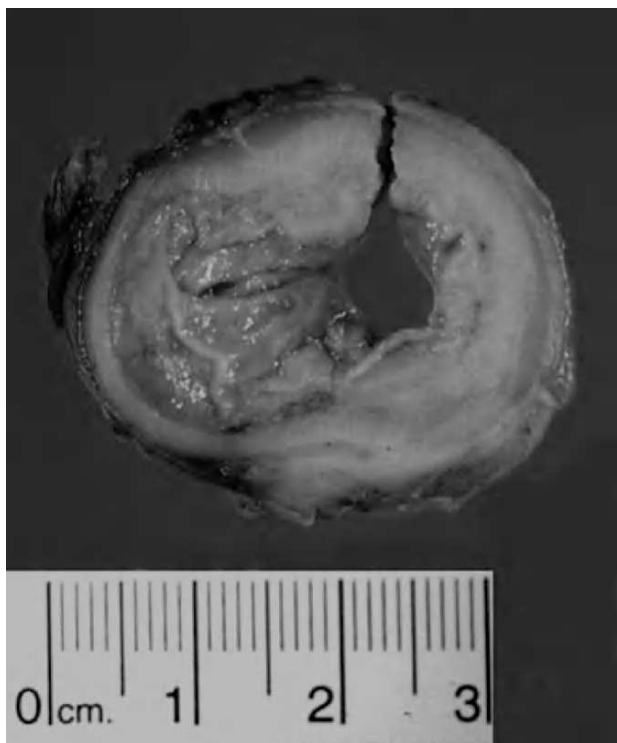


Fig. 1. Sección transversal con engrosamiento parietal y reducción luminal.

### Caso clínico

Paciente varón de 54 años de edad con antecedente de adenocarcinoma gástrico de células en anillo de sello diagnosticado tras intervención de perforación de úlcera gástrica (vagotomía troncular y piloroplastia) que se trató con intención curativa mediante gastrectomía subtotal y reconstrucción en Billroth II.

Después de 12 años acudió por un cuadro obstructivo. Es intervenido con la sospecha de síndrome adherencial y se realiza adhesiolisis. No se hallan evidencias de recidiva tumoral. Un mes más tarde reingresó por nuevo cuadro obstructivo, con el hallazgo en el acto quirúrgico de adherencias firmes que obligan a la resección intestinal. Durante la disección se descubre una estenosis circunferencial en el colon transverso que obliga a la realización de hemicolectomía derecha. El estudio histopatológico definitivo revela una infiltración serosa difusa en el intestino delgado y el colon por adenocarcinoma indiferenciado de células en anillo de sello (figs. 1 y 2), con engrosamiento y rigidez de la pared intestinal y estrías blanquecinas típicas de una linitis plástica correspondiente a una metástasis de origen gástrico desarrollada 12 años después de la resección del tumor gástrico primario.

La evolución posquirúrgica fue tórpida y culminó con el fallecimiento del paciente a los pocos meses.

### Discusión

El carcinoma gástrico de células en anillo de sello tiene gran potencialidad metastásica. La linitis plástica es poco



Fig. 2. Sección longitudinal con engrosamiento parietal y estrías blanquecinas características de linitis.

frecuente fuera del estómago. Las descripciones en las publicaciones sobre afección intestinal de la linitis plástica son escasas, con tan sólo 11 casos publicados hasta 1963<sup>3-5</sup>.

Están descritos raros casos con linitis plástica de origen primario en colon y recto<sup>6</sup>. Kondo et al<sup>7</sup> describen la linitis plástica metastásica en estómago de origen en el recto. En otro trabajo Correia et al<sup>8</sup> describen un caso de linitis plástica, de evolución lenta, que se manifestó por una afección simultánea de todo el tracto gastrointestinal, desde el estómago hasta el recto.

El curso de la enfermedad es insidioso y lento. La media de duración de los síntomas antes de la muerte es de uno a 2 años. Clínicamente puede presentarse como cuadros obstructivos secundarios a adherencias entre asas de intestino delgado infiltradas por el tumor o a estenosis de origen extrínseco, por infiltración parietal. Son adherencias firmes y típicamente circunferenciales características de su histología, en la que predomina el componente conectivo sobre las células tumorales. Connelly et al<sup>9</sup> presentan una serie de 20 casos de linitis plástica de crecimiento exófitico como manifestación de un carcinoma primario colorrectal de células en anillo de sello, sin embargo, esta variedad no se presenta de forma metastásica. Cuando se desconoce los antecedentes del paciente puede no reconocerse la enfermedad metastásica y diagnosticar erróneamente de adherencias comunes. Si a ello se añade la falta de espécimen para estudio histológico, el problema diagnóstico es mayor. Sin embargo, el conocimiento de los antecedentes del paciente y la firmeza de las adherencias son signos para sospechar del origen neoplásico.

En muchas ocasiones el diagnóstico de obstrucción adherencial se realiza por la clínica y la radiografía simple de abdomen. No obstante, se aconseja la realización de escáner abdominal a un paciente con antecedentes neoplásicos para descartar recidiva tumoral o carcinomatosis, así como otras causas de obstrucción (enteritis rídica, tumores metacrónicos o entidades no relacionadas con la neoplasia), aunque la sensibilidad de esta prueba no es muy alta en estos casos.

Jang et al<sup>10</sup> han descrito los hallazgos característicos de las metástasis de adenocarcinoma gástrico en el escáner, especialmente de la linitis plástica, como engrosamiento concéntrico a lo largo de la pared intestinal.

En ocasiones el síndrome adherencial puede ser auto-limitado inicialmente y retardar el diagnóstico de enfer-

medad metastásica. Si el paciente es sometido a intervención, es necesaria la exploración completa de la cavidad abdominal, lo que no siempre es fácil. La enfermedad puede asociarse a nódulos de carcinomatosis a nivel del peritoneo parietal y visceral lo que facilita el diagnóstico.

En nuestro caso, a la rareza de la localización intestinal de la linitis metastásica, se añade el gran lapso de tiempo transcurrido desde la intervención gástrica (12 años) y la ausencia de datos objetivos macroscópicos de diseminación durante la primera intervención de obstrucción. Todo ello contribuyó a omitir inicialmente el diagnóstico, y fue el estudio de las piezas resecaadas en la segunda intervención lo que aclaró la naturaleza del proceso.

Podemos concluir diciendo que se trata de una manifestación atípica de enfermedad metastásica, tanto por su naturaleza como por la larga evolución del proceso, en un paciente al que se consideraba teóricamente libre de enfermedad y en el que no había datos indicativos de linitis plástica. *A posteriori* podemos pensar que la firmeza de las adherencias es un dato sospechoso, pero no específico.

## Bibliografía

1. Meyers MA, Oliphant M, Teixidor H, Weiser P. Metastatic carcinoma simulating inflammatory colitis. *Am J Roentgenol Radium Ther Nucl Med.* 1975;123:74-83.
2. Fisher ER, Brown CH. Linitis plastica carcinoma of the stomach with extensive metastases simulating a colonic lesion. *Gastroenterology.* 1952;20:503-8.
3. Dixon CF, Stevens GA. Carcinoma of linitis plastica type involving the intestine. *Ann Surg.* 1936;103:263-72.
4. Fernet P, Azar HA, Scout AP. Intramural (tubal) spread of linitis plastica along the alimentary tract. *Gastroenterology.* 1965;48:419-24.
5. Lumb G. A case of gastric carcinoma with spread exclusively of the remainder of the bowel and perianal skin. *Br J Surg.* 1949;37:41-5.
6. Messerini L, Palomba A, Zampi G. Primary signet-ring cell carcinoma of the colon an rectum. *Dis Colon Rectum.* 1995;38:1189-92.
7. Kondo K, Usui Y, Matsukawa M, Yamada S, Negoro T, Kan T, et al. An autopsy case of gastric metastasis simulating linitis plastica carcinoma from primary linitis plastica carcinoma of the rectum. *Gan No Rinsho.* 1988;34:1996-2001.
8. Correia JP, Baptista AS, Antonio JF. Slowly evolving widespread diffuse alimentary tract carcinoma (linitis plastica). *Gut.* 1968;9:485-8.
9. Connelly JH, Robey-Cafferty SS, El-Naggar AK, Cleary KR. Exophytic signet-ring cell carcinoma of the colorectum. *Arch Pathol Lab Med.* 1991;115:134-6.
10. Jang HJ, Lim HK, Kim HS, Cho EY, Lee SJ, Kim KA, et al. Intestinal metastases from gastric adenocarcinoma: helical CT findings. *J Comput Assist Tomogr.* 2001;25:61-7.