



Adenocarcinoma gástrico recidivante con metástasis a recto

Recurrent gastric adenocarcinoma with metastasis to the rectum

Elias Gallardo Navarro,^{*,‡} Francisco Mario García Rodríguez,^{*,§} María Fernanda Abella Roa,^{*,‡} Sharon Herrera Cifuentes,^{*,¶} Carlos Mancera Steiner^{*,§}

Citar como: Gallardo NE, García RFM, Abella RMF, Herrera CS, Mancera SC. Adenocarcinoma gástrico recidivante con metástasis a recto. Acta Med GA. 2024; 22 (5): 413-415. <https://dx.doi.org/10.35366/118823>

Resumen

Introducción: los sitios más comunes de metástasis de adenocarcinoma gástrico son el hígado, el peritoneo y los pulmones, siendo escasos los reportes en el colon y recto. **Caso clínico:** se describe a una paciente en remisión de un adenocarcinoma gástrico tipo intestinal con resección y quimiorradiación cerca de tres años antes de presentar una recidiva rectal con involucro de útero compatible con adenocarcinoma gástrico metastásico. **Conclusión:** se propone la teoría de la latencia, como posible causa de metástasis, en especial en pacientes con antecedente de cáncer, por el tiempo transcurrido entre la aparición inicial y la metástasis final a recto.

Palabras clave: adenocarcinoma gástrico, metástasis, recto, anemia, neoplasia.

Abstract

Introduction: the most common sites of gastric adenocarcinoma metastases are the liver, peritoneum, and lungs, with reports in the colon and rectum being rare. **Clinical case:** we describe a patient in remission of an intestinal gastric adenocarcinoma with resection and chemoradiation about three years before presenting a rectal recurrence with uterine involvement compatible with metastatic gastric adenocarcinoma. **Conclusion:** the latency theory is proposed as a possible cause of metastasis, especially in patients with a history of cancer, due to the time elapsed between the initial appearance and the final metastasis to the rectum.

Keywords: gastric adenocarcinoma, metastasis, rectum, anemia, neoplasia.

INTRODUCCIÓN

El cáncer gástrico representó 1.5% de los cánceres recién diagnosticados en los Estados Unidos en 2023, con 26,500 casos nuevos y 11,130 muertes,¹ el adenocarcinoma gástrico (AG) es una neoplasia maligna epitelial con origen en las glándulas de la mucosa gástrica y corresponde a 95% de los tumores gástricos.¹ Las clasificaciones histológicas más utilizadas son la de Lauren y la de la *World Health Organization* (WHO). La primera, divide los AG en tipo intestinal (54%), difuso (32%) e indeterminado, el AG de tipo intestinal se presenta más

en ancianos, hombres, se localiza en el antro, el tipo difuso es más frecuente en jóvenes y discretamente más frecuente en mujeres y afecta más al cuerpo, y tiene peor pronóstico.²

REPORTE DE CASO

Mujer de 61 años, con antecedente de gastrectomía distal por tumor exófitico en el antro y píloro con reporte histopatológico (*Figura 1*), adenocarcinoma gástrico invasor, con gastroyeyunostomía en Y de Roux, quimioterapia y radiación casi tres años antes de su presentación aguda.

* Hospital Español, Ciudad de México, México.

‡ Médico residente de Cirugía General.

§ Cirujano y adscrito de Cirugía Oncológica.

¶ Jefe de Servicio Laboratorio de Patología.

Correspondencia:

Elias Gallardo Navarro

Correo electrónico: gallardo18e@gmail.com



Inicia con malestar general, pérdida de peso y anemia grado III (OMS). Con tomografía computarizada que mostró engrosamiento de la pared rectal con involucro a útero. La colonoscopia reporta zona de induración a 5 cm del margen anal, por lo que se realiza resección del segmento de recto e histerectomía total (Figura 2) con reporte de adenocarcinoma moderadamente diferenciado compatible morfológicamente con primario gástrico (Figura 3), la paciente tuvo adecuada recuperación clínica, con tratamiento quimioterapéutico adyuvante.

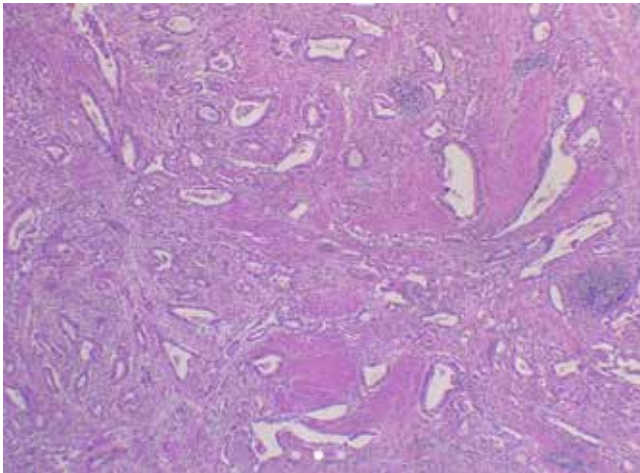


Figura 1: Adenocarcinoma gástrico invasor, moderadamente diferenciado (grado histológico 2) o clasificación de Lauren (adenocarcinoma de tipo intestinal) o bien clasificación OMS 2019 (subtipo tubular). Localización del tumor: pared anterior y posterior del antro y píloro.

DISCUSIÓN

El AG se disemina a través de la vía hematogena, linfática y de siembra peritoneal o de recidiva local, la afectación linfática es la forma más habitual de diseminación y, por lo tanto, la linfadenectomía es fundamental para una correcta cirugía con intención curativa, debiéndose obtener un mínimo de 15 ganglios linfáticos, aunque es deseable que sean más de 30. Independientemente de la localización del tumor, las cadenas ganglionares frecuentemente afectadas están en la curvatura menor y mayor del estómago además de la arteria gástrica izquierda.³ Se ha demostrado que existe una tasa de recurrencia de hasta 40% en el cáncer gástrico después de la resección curativa.⁴ Actualmente hay dos hipótesis ampliamente aceptadas para explicar la diseminación metastásica. Simplificando, la hipótesis “anatómica/mecánica” que establece que los factores anatómicos promueven la diseminación específica, y la hipótesis de la “semilla y el suelo” que implica un tropismo específico del órgano de las células tumorales circulantes,² la teoría de la “latencia” sugiere que las células malignas pueden propagarse en el momento de la presentación maligna inicial, depositarse en los órganos distales, permanecer latentes durante un periodo de tiempo y, después de un estrés fisiológico, pueden volver a activarse.⁵ Esto explicaría el largo periodo de latencia entre la neoplasia maligna inicial y las metástasis distales, sin embargo, no han sido estudiadas de manera completa.

CONCLUSIÓN

Se presenta un caso sobre la propagación metastásica del cáncer gástrico a recto, proporcionando una visión general

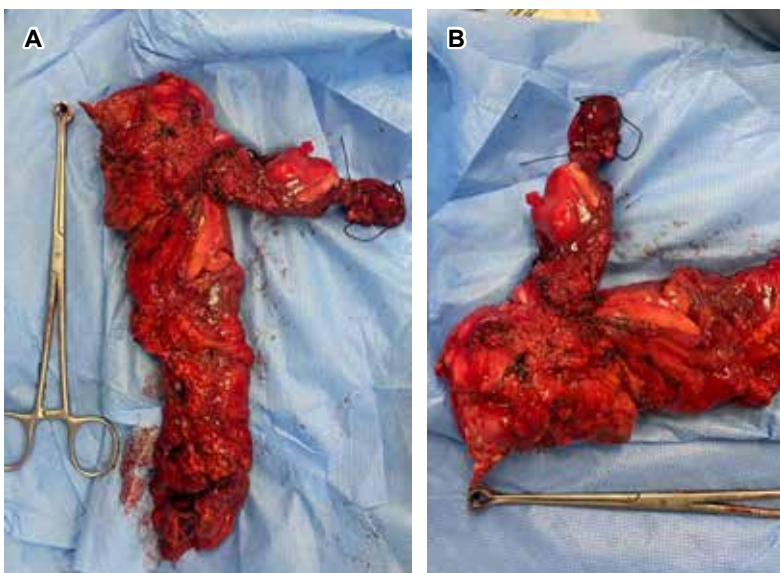


Figura 2:

A) Producto de resección de segmento de recto e histerectomía total con salpingooforectomía izquierda. **B)** Recto con infiltración transmural y extensión a pared de cérvix posterior, localización a 5 cm del margen quirúrgico distal. Margen quirúrgico distal con infiltración por adenocarcinoma. Margen lateral y proximal libre de neoplasia.

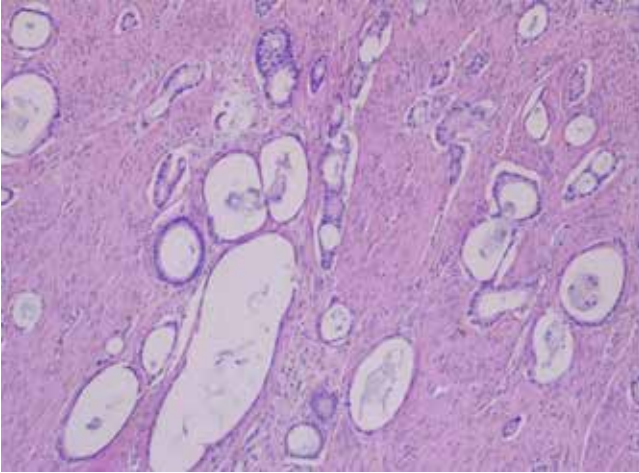


Figura 3: Adenocarcinoma de tipo intestinal (+400). Variedad tubular moderadamente diferenciado.

completa para atender de manera adecuada esta rara etiología en pacientes con antecedentes de neoplasia maligna.

REFERENCIAS

1. American Cancer Society. *Key statistics about stomach cancer*. Website. [Updated 2022. Accessed 2023] Available in: <https://www.cancer.org/cancer/types/stomach-cancer/about/key-statistics.html>
2. Riihimaki M, Hemminki A, Sundquist K, Sundquist J, Hemminki K. Metastatic spread in patients with gastric cancer. *Oncotarget*. 2016; 7 (32): 52307-52316. doi: 10.18632/oncotarget.10740.
3. Kumagai K, Sano T. Revised points and disputed matters in the eighth edition of the TNM staging system for gastric cancer. *Jpn J Clin Oncol*. 2021; 51: 1024-1027.
4. Bolliet M, Green M, Damadi A. Gastric adenocarcinoma metastasis to the rectum causing complete obstruction, a case report. *J Surg Case Rep*. 2023; 2023 (10): rjad560. doi: 10.1093/jscr/rjad560.
5. Then EO, Grantham T, Deda X, Ramachandran R, Gaduputi V. Metastatic gastric cancer to the colon. *World J Oncol*. 2021; 12: 127-131.