

# Cáncer primario múltiple sincrónico. A propósito de un caso

**Autores** Salazar S., Ramírez E., Useche E.

**Institución** Servicio de Videoendoscopia. Clínica Razetti. Barquisimeto. Edo Lara

Revista GEN (Gastroenterología Nacional) 2011; 65 (2): 136-139. Sociedad Venezolana de Gastroenterología, Caracas, Venezuela. ISSN 0016-3503.

Autor correspondiente: Dra. Dra. Sandra Salazar Lanz. Médico Gastroenterólogo. Servicio de Video Endoscopia, Clínica Razetti. Barquisimeto, Venezuela.

Correo-e: sandrasamiras@gmail.com

Fecha de Recepción: May. 2011 Fecha de Revisión: May. 2011 Fecha de Aprobación: Jun. 2011

## Resumen

Los tumores malignos primarios múltiples sincrónicos son relativamente inusuales, aunque el número de pacientes diagnosticados con tumores primarios múltiples se está incrementando, dado al desarrollo de procedimientos diagnósticos más sofisticados, invasivos o no invasivos, y el incremento del número de pacientes ancianos. Los cánceres sincrónicos al triple fueron reportados en solo el 1,2-1,9% de todos los cánceres primarios. Los órganos digestivos son el sitio más común para tumores malignos primarios múltiples y también es el sitio usual del tumor primario.

Nosotros describiremos los síntomas, diagnóstico y tratamiento de un paciente masculino de 65 años con tumores gástricos malignos múltiples sincrónicos asociado a un cáncer de esófago.

**Palabras Clave:** Cáncer de Esófago, Cáncer Gástrico sincrónico, Triple cáncer sincrónico, Cáncer primario múltiple sincrónico.

## Summary

Synchronous multiple primary malignant tumors are relatively unusual, although the number of patients diagnosed with multiple primary tumors is increasing due to development of more sophisticated invasive and non-invasive diagnostic tools and an increase in the number of elderly patients. Synchronous triple cancers were reported in only 1.2-1.9% of all primary cancers. Digestive organs are the most common tumor site for multiple primary malignant tumors and also the usual site for primary tumors.

We will describe the symptoms, diagnosis and treatment of a 65 year-old male patient with synchronous gastric malignant tumors associated with esophageal cancer.

**Keywords:** Esophageal Cancer, Synchronous Gastric Cancer, Synchronous triple cancer, Synchronous multiple primary Cancer.

## Introducción

Los cánceres primarios múltiples sincrónicos son relativamente inusuales pero en los últimos tiempos han venido en incremento posiblemente asociado al perfeccionamiento de las técnicas diagnósticas y al incremento de la longevidad de la población. Los cánceres gástricos y esofágicos comparten algunos factores de riesgo como son la dieta, el bajo estatus socio económico, la edad, el alcohol, el tabaco y los nitritos.

Karl Thiersch en 1865 describe por primera vez los tumores primarios múltiples en mama y Billroth en 1889 en otras localizaciones. Warren y Gates en 1932 le dan una entidad clínica definitiva y en 1977 se establece una primera clasificación tomada en cuenta la multicentricidad y el tipo histológico, siendo remplazada desde 1988 usando los criterios etiopatológicos, en base a los actuales conocimientos de epidemiología y genética. Investigaciones clínicas y experimentales han permitido establecer el origen de algunos tumores primarios múltiples en base a: la intervención de mutaciones genéticas de caracteres hereditarios o adquiridos; exposición a los carcinógenos o los promotores ambientales Ej., hábito de fumar y de ingerir bebidas alcohólicas; exposición a algunos virus Ej. VHB, VPH; dieta alta en grasas saturadas y baja en fibras; exposición a sustancias tóxicas en el trabajo y en forma terapéutica; exposición a radiaciones naturales y a las producidas por el hombre; la edad del paciente.

Se define a los tumores primarios múltiples las neoplasias que se presentan en un mismo sujeto simultánea o sucesivamente, siempre que respondan a los siguientes criterios: deben tener un patrón de malignidad definida; uno no debe ser metástasis del otro; pueden estar en el mismo órgano sin tener conexión entre ellos; tienen evolución natural independiente; cada uno tiene sus síntomas propios y uno puede ser un hallazgo encontrado durante el estudio del otro.

## Caso Clínico

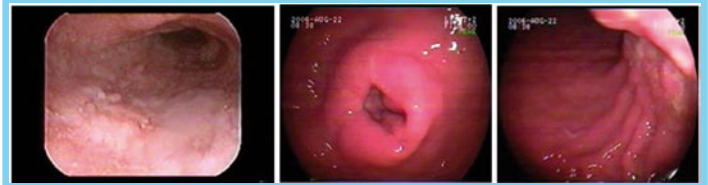
Paciente masculino de 65 años natural y procedente del Estado Lara quien consulta el 2-8-06 por presentar clínica de 3 meses de evolución caracterizada por dolor tipo ardor a nivel del epigastrio, de leve intensidad, que aliviaba con la ingesta de leche, de predominio nocturno y acompañado de llenura postprandial. Recibió tratamiento médico sintomático sin presentar mejora, agregándosele al cuadro clínico vómitos alimentario y pérdida de peso (5kg), motivo por el cual asiste a consulta especializada. Antecedentes personales: No contributivos para su enfermedad actual.

Antecedentes Familiares: Madre(+): Diabetes Mellitus. Hermana (+): Ca de Colon.

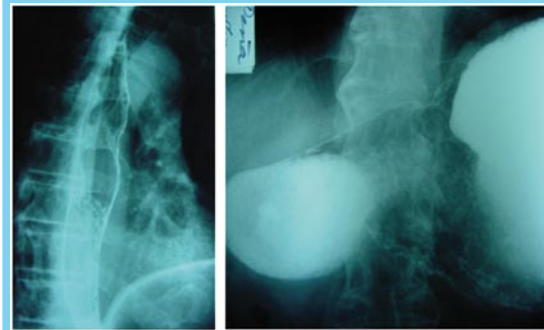
Hábitos: Cigarrillo: 2 cajas diarias desde la edad de 13 años. Alcohol: Desde los 13 años. Acentuados por 45 años. Ocupación: Mecánico Automotriz. Trabajo con gasolina. Examen Físico: Aparente buenas condiciones generales. Pálidez cutáneo-mucosa. Masa palpable no dolorosa en epigastrio. IDx: Ca de vías digestivas a descartar.

Estudios Realizados Gastroscopia (3-8-06) **Esófago:** A 25 cm. de la arcada dentaria la presencia de una lesión ligeramente elevada, de aprox. 1 cm. de longitud, con superficie irregular y depresión central. **Estómago:** A nivel del pilar posterior de la incisura angularis la presencia de lesión tumoral ulcerada de aprox. 2 cm con fondo fibrinoso, superficie irregular a la cual

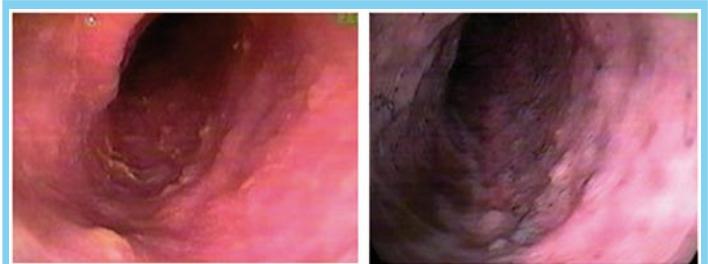
convergen pliegues algunos amputados, otros fusionados, que se extiende a la cara posterior y la curvatura menor del cuerpo distal. A nivel del canal pilórico una lesión elevada, concéntrica que disminuye del calibre de la luz, la cual está cubierta de mucosa normal impresionando tipo infiltración submucosal que no permitió el paso del instrumento. La mucosa entre ambas lesiones impresiona normal. Restos alimentarios presente en cuerpo gástrico. Se tomaron muestra para histología de las lesiones ubicadas en Esófago e incisura angularis que reportaron ambas.



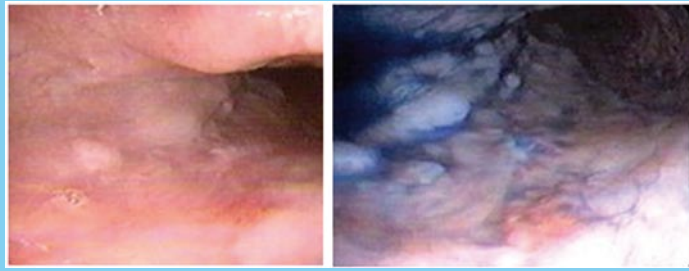
**Figura 1** Ultrasonido Abdominal 8-8-06. Imagen pseudorenal en el área del epigastrio. Ausencia de Mt o ADP



**Figura 2** RX. Esófago-Estomago 10-8-06. A nivel del esófago torácico superior lesión tumoral polipoidea con distensibilidad de área conservada. A nivel gástrico 2 lesiones tumorales, una ulcerada de aprox. 1,5 m en incisura angularis y la otra tipo polipoidea y estenosante a nivel del canal pilórico.



**Figura 3** GASTROSCOPIA (22-8-06). Por los hallazgos histológicos de un ADC a nivel del esófago se re-endoscopia encontrándosele: A 25 cm de la arcada dentaria una lesión deprimida de superficie y bordes irregulares, no observándose la lesión elevada previamente descrita. Se toma muestra para histología que reportó una Acantosis glucogénica.

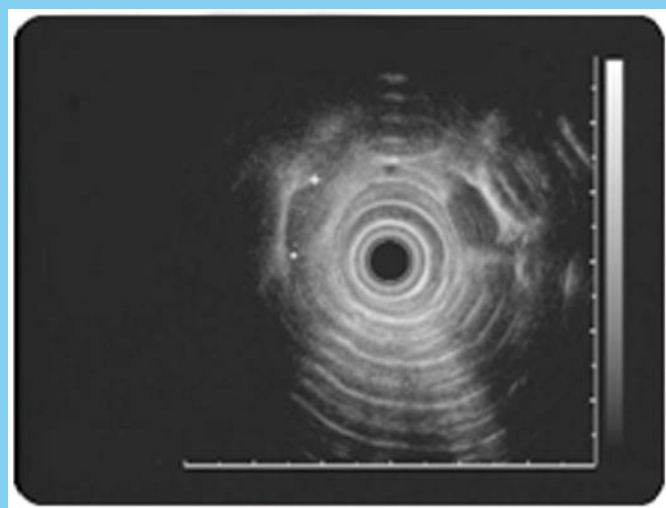


**Figura 4** TAC ABDOMINAL 24-8-06.

Tumor en estomago con dilatación de la cámara gástrica y desplazamiento del lóbulo hepático izquierdo. No se visualizan ADP retroperitoneales ni Mt.

TAC Tórax (24-8-06): Normal.

**Gastroscoopia** (28-8-06). Por los hallazgos histológicos se realiza una 3ra endoscopia: a los 25 cm de la arcada dentaria la presencia de cambio del patrón de mucosa dado por la presencia de una lesión menor de 0,5 cm, con mucosa congestiva que al colorear con índigo carmín impresiona ligeramente elevada. El hallazgo histológico fue de un carcinoma espinocelula.



**Figura 5** ECO ENDOSCOPIA (12-9-06)

A nivel de la incisura angularis la presencia de lesión tumoral avanzada que se extiende por todas las capas, sobrepasando la serosa. En dicha área gran plastrón adenomegálico de aprox. 3 cm (T3N2). A nivel esofágico la presencia de capas conservadas sin lesión endoscópica. A nivel del tórax 2 lesiones adenopáticas, una de ellas sugestivas de malignidad (T2N1).

Se discute el caso con el servicio de Oncología quienes plantearon 2 opciones terapéutica: Quimioterapia-Radioterapia y gastrectomía subtotal radical vs Esofagectomía y Gastrectomía total. Es intervenido de emergencia en otra institución por una hemorragia digestiva superior realizándose una Gastrectomía subtotal con gastroyeyuno anastomosis concluyendo un T3-Nx-M1 (Peritoneo +).

La pieza operatoria reportan 2 lesiones tumorales tipo Borrmann III que invade la serosa. El reporte histológico concluye que a nivel de la incisura un ADC bien diferenciado con células claras y a nivel del canal pilórico un ADC indiferenciado con células en anillo de sello. Ambas infiltrando a serosa con invasión vascular y perineural. La mucosa entra ambas lesiones con gastritis atrófica y metaplasia completa HP(+) sin células tumorales. Se concluye un Tumor multicéntrico de Estomago (T2N2Mo S-IIb y T3N1Mo S-IIIa).



**Figura 6** DIAGNÓSTICO  
NEOPLASIA PRIMARIA MÚLTIPLE  
Tumor primario de Esófago.  
Tumores Sincrónicos de estomago

## Discusión

La Asociación de Cáncer Espinocelular del esófago con otros cánceres espinocelulares de cabeza y cuello, vías respiratorias altas y otras patologías malignas del tracto gastrointestinal está bien documentado, sin embargo la asociación de espinocelular con Adenocarcinoma gástrico ha sido reportado esporádicamente especialmente en Japón donde ambos tumores tienen una alta prevalencia.<sup>1</sup> En los estudios retrospectivos realizados por Nahoico Koide y col. al evaluar la profundidad de invasión a las capas se encontró un porcentaje significativamente alto de lesiones esofágicas ubicadas en mucosa y/o submucosa al compararlo con las lesiones de estomago.<sup>1</sup> En la literatura se han reportado pocos caso de Adenocarcinoma gástrico con tumores del estroma gastrointestinal y se ha visto la asociación de estos tumores estromales gástricos con otras patologías malignas como Adenocarcinoma de colon, cáncer gástrico y linfoma gástrico.<sup>4-5</sup> La localización más frecuente de una segunda neoplasia en los pacientes con cáncer gástrico diagnosticados con Neoplasia Primaria múltiple fueron en orden de frecuencia colon y recto, útero, esófago, mama y pulmón.<sup>6</sup> El caso que nosotros presentamos reúne los criterios de Neoplasias Primarias Múltiples con diferentes ubicaciones e histologías. Los tres tumores fueron diagnosticados al mismo tiempo observán-

dose endoscópicamente que la lesión esofágica era de menor profundidad que los ubicados en estomago y esto fue confirmado por la Ecoendoscopia que reporto un T 2N1 similar al reportado por Nahoico Kiode y col. Como conclusión final sugerimos que todo paciente con lesión de esófago o estomago debe ser evaluado adecuadamente buscando siempre una lesión sincrónica, ya que no son diagnosticadas con frecuencia, en especial las superficiales y en el caso de lesiones avanzadas de esófago que no permiten evaluar el estomago complementar con otros estudios.

## Referencias Bibliográficas

1. Yu-Ting Chang, Chun-I Tsai, Tzeng-Huey Yang, et al. Synchronous triple cancers at middle and lower esophagus and stomach with different histological features and genetic alterations. *Journal of Gastroenterology and Hepatology* (2002); 17: 724-727.
2. Ali Aminian, Rasoul Mirsharifi, Mohsen Kalhor, et al. Synchronous Esophageal and gastric cancers. *Indian J. Surg* (July-August 2008); 70:205-206.
3. Naohiko Koide MD, Wataru Adachi MD, Shoichiro Koide. et al. Synchronous Gastric tumors associated with Esophageal Cancer. A retrospective study of twenty-four patients. *The American Journal of Gastroenterology*. Vol 93, No.5 1998.
4. Lilia Antonio P, Pablo Guzman, Miguel Villaseca y col. Adenocarcinoma gástrico primario concomitante con tumor estromal gastrointestinal: reporte de 1 caso y revisión de literatura. *Revista Medica Chilena* v.137 n.4 Santiago Abril 2009; 531-536.
5. Marek Wronski, Bogna Ziarkiewicz-Wroblewska, et al. Synchronous occurrence of gastrointestinal stromal tumors of other primary gastrointestinal neoplasms. *World J. Gastroenterol* 2006 September 7; 12 (33): 5360-5362.
6. A. Muela Molinero F., Jorguera Plaza y col. Neoplasia Primaria Maligna múltiple en pacientes con Cáncer gástrico en el área sanitaria de León. *Revista Española de Enfermedades digestivas*. Vol 98 no 12 Madrid dic 2006
7. Guaineya Santander, Karina Lombardo, Robinson Rodriguez. Guaineya Santander, Karina Lombardo, Robinson Rodriguez. Tumores Múltiples. Análisis de 25 casos. *Salud Militar*. Vol 28 No 1-Marzo 006. [www.dnsffaa.gub.uy/revista/volumen](http://www.dnsffaa.gub.uy/revista/volumen)

SÍGUENOS!



@sovegastro



Sociedad Venezolana de  
Gastroenterología

o visítanos en nuestro portal Web  
[www.sovegastro.com](http://www.sovegastro.com)

¿Quieres asistir a los próximos  
**Workshops and Hands on?**

Escríbenos a:  
[gastrove@gmail.com](mailto:gastrove@gmail.com)

o contáctanos por los teléfonos  
0212/991.67.57 y 0212/991.26.60