Cáncer gástrico en adultos jóvenes. A propósito de un caso

Neidy Nathaly Barrera Bermúdez, Saturnino José Fernández Bermúdez

Autor de Correspondencia: Neidy Nathaly Barrera Bermúdez Correo Electrónico: neidybarrera@gmail.com

Afiliación

Resumen

La incidencia del cáncer gástrico ha disminuido en las últimas décadas; aun así, se ha informado una tendencia estable o ligeramente creciente en adultos jóvenes. Traemos el caso de un paciente masculino de 24 años de edad quien es referido a nuestro centro en contexto de dispepsia funcional y pérdida de peso con tratamiento sintomático sin mejoría. Se realiza ultrasonido abdominal donde se evidencia pared gástrica engrosada realizando gastroscopia la cual concluye CG Bormann IV cuyo estudio anatomopatológico reporta Adenocarcinoma poco diferenciado, tipo difuso con células en anillo de sello. Motivo por el cual se efectúa tomografía de tórax abdomen y pelvis evidenciándose imágenes sugestivas de metástasis mesentérica. Durante su evolución clínica en vista de que el paciente persistir con dolor abdominal y aumento de su intensidad se realiza neurólisis del plexo celiaco, con mejoría del dolor, sin embargo, tras inicio de quimioterapias el paciente fallece. El CG en pacientes jóvenes constituye una entidad poco frecuente. La mayoría de estos se encuentran en estadios avanzados en el momento diagnóstico. Por eso, la gastroscopia en pacientes con síntomas dispépticos que no mejoran con el tratamiento convencional puede favorecer un diagnóstico precoz que permita un tratamiento con intención curativa y una mejora de la supervivencia.

Palabras clave: Cáncer gástrico, pacientes jóvenes, dispepsia.

Gastric Cancer in Young Adults: A Case Report

Abstract

Although the incidence of gastric cancer has decreased in recent decades, a stable or slightly increasing trend has been observed among young adults. We report the case of a 24-year-old male patient referred to our center due to functional dyspepsia and weight loss, which did not improve with symptomatic treatment. An abdominal ultrasound revealed a thickened gastric wall, prompting gastroscopy. The procedure identified Bormann type IV gastric cancer, and the histopathological analysis confirmed a diffuse, poorly differentiated adenocarcinoma with signet ring cells. Consequently, a CT scan of the chest, abdomen, and pelvis was performed, showing findings suggestive of mesenteric metastasis. During the patient's clinical course, persistent and increasingly severe abdominal pain led to celiac plexus neurolysis, resulting in pain relief. However, despite initiating chemotherapy, the patient ultimately passed away. Gastric cancer in young patients is a rare condition, often diagnosed at advanced stages. Therefore, performing gastroscopy in patients with dyspeptic symptoms unresponsive to conventional treatment can facilitate early diagnosis, enabling curative treatment and potentially improving survival outcomes.

Keywords: Gastric cancer, young patients, dispepsia.

Introducción

Cada año, alrededor de 990.000 personas son diagnosticadas con cáncer gástrico (CG) en todo el mundo, de las cuales aproximadamente 738.000 mueren. El CG es el cuarto cáncer incidente más común y la segunda causa más común de muerte por cáncer.[1]

Muestra una marcada variación según la edad y tiende a diagnosticarse con mayor frecuencia en pacientes de edad avanzada con una edad promedio de inicio de 68 años en los Estados Unidos; más del 95% de todos los casos nuevos se diagnostican en pacientes mayores de 40 años.[2]

Aunque los adultos jóvenes son comúnmente menos afectados por CG, informes previos han sugerido que aproximadamente el 5 % de los pacientes con GC son diagnosticados antes de los 40 años. Por lo que definiremos como Cáncer gástrico en pacientes jóvenes (CGPJ) a aquellos diagnosticados antes de los 40 años. [2,4]

Según El Observatorio Mundial del Cáncer se estima que en 2018 hubo 26 975 casos nuevos de CGPJ y 18063 muertes asociadas en todo el mundo, lo que lo ubica como el quinto cáncer más frecuente y la octava causa principal de cáncer en poblaciones menores de 40 años.[1,2]

La incidencia y las tasas de mortalidad por CG a nivel mundial han estado disminuyendo durante las últimas cinco décadas en todo el mundo, sin embargo, se ha informado de una tendencia estable o incluso ligeramente creciente en adultos jóvenes.[1]

En la población joven, las lesiones difusas son más frecuentes con un patrón de crecimiento altamente agresivo y una etapa más avanzada en el momento del diagnóstico. Quedan muchas preguntas con respecto a la carcinogénesis, el tratamiento, el pronóstico y la prevención. Por lo tanto, algunos autores han propuesto que CGPJ debe considerarse una entidad clínica diferente, lo que plantea la necesidad de un manejo diferencial.[2,5]

Cómo citar este artículo: Barrera Bermúdez NN, Fernández Bermúdez SJ. Cáncer gástrico en adultos jóvenes. A propósito de un caso. Rev Gen. 2025;79(1): 44-46. doi: 10.61155/gen.v79i1.731

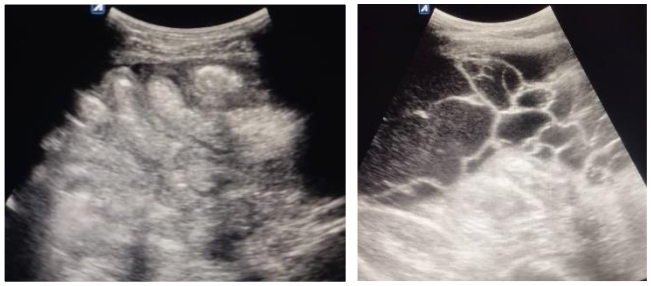
Presentación del caso

Paciente masculino de 24 años de edad, sin antecedentes personales importantes con madre fallecida a los 27 años de edad por cáncer de útero, quien refiere inicio de enfermedad actual en octubre del 2023, caracterizado por presentar dolor abdominal de aparición insidiosa localizado en hipogastrio de leve a moderada intensidad con EVAD de 5/10 puntos, de carácter punzante que irradiaba a epigastrio y ambos flancos atenuando parcialmente con la administración de ketoprofeno 100 mg VO OD, concomitante cambio en el patrón evacuatorio dado por estreñimiento y pérdida de peso de aproximadamente 6 kg en un mes no asociado a hiporexia por lo que acude a médico general quien indica tratamiento sintomático sin mejoría.

En vista de presentar exacerbación del dolor dada por aumento de la intensidad, acude a nuestro servicio de gastroenterología donde se evalúa evidenciando en el examen físico Abdomen: globoso, ruidos hidroaéreos presentes, blando, depresible, doloroso a la palpación superficial y profunda generalizada, maniobra de la oleada positiva.

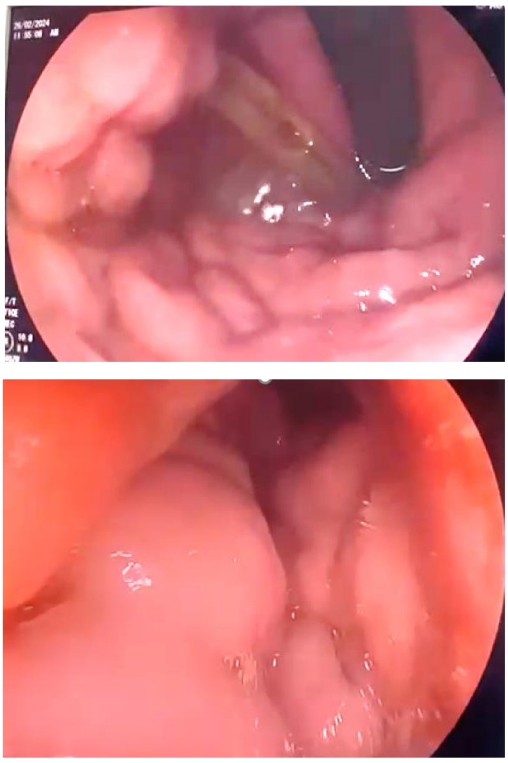
Se realiza USA donde se evidencias ascitis, pared gástrica engrosada (7mm), asas intestinales dilatadas de paredes engrosadas (7 mm); además se observan adheridas a peritoneo múltiples imágenes hiperecoicas, que no se movilizan y no dejan sombra sónica posterior (Loes peritoneales: ¿Carcinomatosis?). (**Figura 1**).

Figura 1. Ultrasonido abdominal: Loes peritoneales: ¿Carcinomatosis?. Ascitis tabicada



En vista de lo anterior se realizan estudios endoscópicos, observando en la gastroscopia en *Cuerpo gástrico:* Mucosa de aspecto congestivo con presencia de hemorragia subepitelial, pliegues gástricos engrosados. Desde cuerpo alto se observa lesión ulcerada de bordes irregulares, eritematosos con restos de fibrina con mucosa adyacente de aspecto pleomórfico que a la magnificación y FICE con filtros 2,4 y 9 se observan áreas de aspecto velloso alternas con áreas sin patrón definido, extendiéndose e infiltrando la incisura angularis, friable a la toma de biopsias dirigidas. *Antro:* retraído hacia curvatura menor con cara posterior, mucosa de aspecto normal. Peristalsis y distensibilidad disminuida concluyendo el estudio como CA Gástrico Bormann IV vs Linfoma gástrico. (**Figura 2**).

Figura 2. EDS: pliegues gástricos engrosados, peristalsis y distensibilidad disminuida. Bormann IV



Se toman muestras de biopsia de mucosa gástrica las cuales concluyen: ADENOCARCINOMA (ADC) POCO DIFERENCIADO, TIPO DIFUSO CON CELULAS EN ANILLO DE SELLO ULCERADO INFILTRANTE. GRADO HISTOLOGICO 3, NO SE OBSERVA invasión linfovascular ni perineural.

Se realiza además inmunohistoquímica que concluye: ADC POCO COHESIVO SEGÚN LA CLASIFICACIÓN DE LA OMS. POCO DIFERENCIADO, motivo por el cual se realiza TC de tórax abdomen y pelvis con doble contraste la cual concluye: Engrosamiento difuso del mesenterio con alteración de la grasa y realce ávido tras la administración de contraste EV, sugestivo de metástasis mesentérica. 1. Lesión neoproliferativa en pared gástrica. 2. Implantes peritoneales en mesenterio en relación con secundario. 3. Adenopatías mediastínicas, axilares y abdominopélvicas. 4. Nódulo solido en lóbulo inferior izquierdo. 5. Ascitis. (**Figura 3**).

Durante su evolución clínica el paciente persistía con dolor abdominal el cual refería con un EVA de 10/10 puntos el cual no mejoraba tras la administración de escala de analgesia de la OMS por lo que se realiza se realiza neurolisis del plexo celiaco, con mejoría de la clínica

© Revista Gen. Caracas, Venezuela - ISSN 2477-975X

https://doi.org/10.61155/gen.v79i1.731

Figura 3. Neurolisis del plexo celiaco



Posteriormente presenta edema en Miembros inferiores, con cianosis distal por lo que se realiza eco Doppler que reporta Trombosis venosa profunda bilateral a ambas venas comunes femorales, poplíteo y Trombosis venosa superficial de la vena safena magna izquierda por lo que se decide iniciar tratamiento con enoxaparina. Por lo que el paciente es referido bajo los diagnósticos de 1. ADC gástrico estadio IV (T4a-N3-cM1), 2. Trombosis venosa profunda: Femoral común, poplíteo bilateral y Trombosis venosa superficial de la vena safena magna izquierda al servicio de oncología médica, sin embargo, fallece al poco tiempo de iniciar esquema de quimioterapia

Discusión

La mayoría de los estudios disponibles indican que el cáncer tipo Borrmann IV, de células en anillo de sello y de tipo difuso se diagnostican con mayor frecuencia en pacientes jóvenes.

El CG de tipo difuso carece de adhesión intercelular, lo que a menudo se observa con patrones de crecimiento de invasión difusa en todo el estroma, caracterizado por una rápida progresión de la enfermedad siendo altamente metastásico.

Es así las enfermedades localmente avanzadas y las metastásicas a distancia o en los ganglios linfáticos se presentan con mayor frecuencia en pacientes jóvenes. Una gran proporción de CGPJ puede no presentar síntomas de alarma. Un total de 17.894 pacientes con dispepsia simple se sometieron a un examen endoscópico, y 114 pacientes con CG fueron diagnosticados; 7 (6,14%) eran menores de 40 años. Al CG no ser considerado un diagnóstico diferencial en pacientes jóvenes con síntomas gastrointestinales no se asignan éstos a la detección endoscópica en varias pautas, lo que podría retrasar la investigación y el diagnóstico y dar como resultado un estadio más avanzado.

Conclusión

La estratificación individualizada del riesgo es esencial para el manejo de estos pacientes y así establecer estrategias de evaluación y vigilancia racionales que permita quizás un diagnóstico oportuno, un tratamiento con intención curativa y una mejora de la supervivencia de estos pacientes jóvenes

Conflictos de interés

Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés.

Fuente de financiamiento

Esta investigación no contó con apoyo financiero de ninguna entidad pública, comercial o sin fines de lucro.

Este es un artículo de acceso abierto.

Fecha de recepción: 15/10/2024
Fecha de revisión: 21/12/2024
Fecha de aprobación: 28/12/2024

Referencias

1. Li J. Gastric cancer in young adults: a different clinical entity from carcinogenesis to prognosis. Gastroenterol Res Pract. 2020;2020:9512707. doi:10.1155/2020/9512707

2. Machlowska J, Baj J, Sitarz M, Maciejewski R, Sitarz R. Gastric cancer: epidemiology, risk factors, classification, genomic characteristics, and treatment strategies. Int J Mol Sci. 2020;21(11):4012. doi:10.3390/ijms21114012

3. Macke L, Schulz C, Malfertheiner P. The fear of gastric cancer in patients with dyspepsia: challenge in specialist care. Dig Dis. 2022;40(4):409–16. doi:10.1159/000518394

4. Cruz DF, Rojas A, Bastidas BE, Orozco-Chamorro CM. Cáncer del tubo digestivo en pacientes jóvenes del departamento del Cauca, tipificación clínica. Rev Colomb Cir. 2019;34:153-62. doi: 10.30944/20117582.109

5. Adán-Merino P, et al. Adenocarcinoma gástrico en adultos jóvenes: estudio comparativo con pacientes mayores. Rev Gastroenterol Mex. 2010;75(3):253-60