

CARCINOMATOSIS PERITONEAL

¹A. Selfa-Muñoz, ²S.F. Calzado-Baeza, ³A. Palomeque-Jiménez

¹Aparato Digestivo. Hospital Comarcal Santa Ana de Motril, Granada.

²Cirugía General y Digestivo. Hospital José Manuel Pascual Pascual. Málaga.

³Cirugía General y Digestivo. Hospital Universitario San Cecilio. Granada

Resumen

Se presenta una entidad neoplásica que aunque es frecuente en la práctica clínica, la claridad de las imágenes obtenidas en Urgencias mediante una TC abdominal sin contraste conducen al diagnóstico que posteriormente se confirma mediante endoscopia digestiva.

Palabras clave: Carcinomatosis peritoneal, cáncer gástrico.

Abstract

A patient in the emergency services was found a neoplastic entity, common in clinical practice. The clarity of the images obtained through an abdominal CT scan without contrast led to the diagnosis later confirmed by endoscopy.

Key words: Peritoneal Carcinomatosis, gastric cancer.

Cuerpo

Varón de 58 años sin antecedentes de interés que acude al servicio de Urgencias por síndrome constitucional, vómitos postprandiales y tolerancia sólo a líquidos. En la analítica urgente destaca una anemia microcítica y trombocitosis.

Se realiza una TC abdominopélvica sin contraste intravenoso en la que se observa engrosamiento parietal concéntrico de la pared gástrica a nivel del antro (Figura 1, flecha blanca) con importante estenosis de la luz que produce dilatación gástrica proximal con gran



Figura 1

TC abdominopélvica sin contraste intravenoso en la que se observa engrosamiento parietal concéntrico del antro gástrico (flecha blanca) con estenosis de la luz que produce dilatación gástrica proximal y presencia restos alimentarios a este nivel (arterisco).

CORRESPONDENCIA

Aida Selfa Muñoz
aidasale@hotmail.com

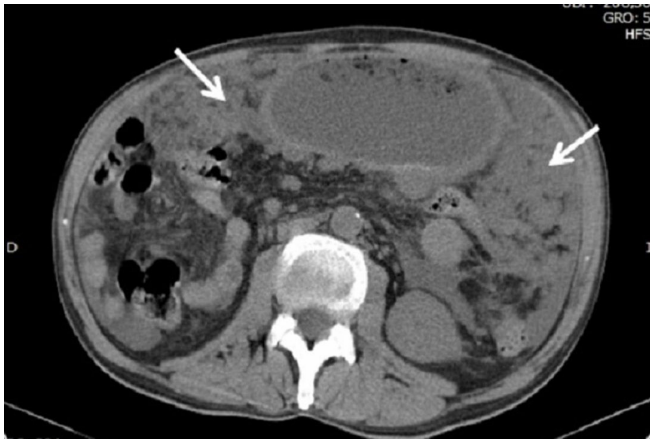


Figura 2

TC abdominopélvica sin contraste intravenoso en la que se visualizan múltiples nódulos sólidos mesentéricos compatibles con implantes tumorales peritoneales (flechas blancas).

cantidad de restos alimenticios (figura 1, asterisco), e incontables nódulos sólidos mesentéricos altamente sugerentes de implantes tumorales peritoneales (figura 2, flechas blancas). Se solicita durante el ingreso una esófago-gastro-duodenoscopia que confirma la presencia de una neoformación que ocupa circunferencialmente todo el antro gástrico y que infiltra píloro y bulbo duodenal, aunque franqueable con el endoscopio hacia segunda porción duodenal.

Se establece el diagnóstico de carcinomatosis peritoneal secundaria a adenocarcinoma gástrico.

Discusión

El adenocarcinoma gástrico es el tercer tumor más frecuente y la segunda causa de muerte relacionada con el cáncer en el mundo. Suele afectar a personas de edad avanzada (80% de los casos en mayores de 65 años), más frecuente en hombres y se asocia con un pobre estatus económico¹. La supervivencia global es del 19-25% a los 5 años del diagnóstico y sólo el tratamiento quirúrgico implica posibilidades curativas, si bien el 35-50% de los casos presentarán recidiva neoplásica^{1,2}.

Se presentan las mencionadas imágenes clínicas porque, a pesar de la frecuencia de la patología diagnóstica, una carcinomatosis peritoneal secundaria a cáncer gástrico, es muy llamativa la cantidad de implantes y la claridad con que se visualizan estos en la TC³.

La carcinomatosis peritoneal ha sido considerada clásicamente como un signo de enfermedad generalizada, tratada de forma paliativa y de desenlace inevitablemente fatal. La supervivencia media del cáncer gástrico sin tratamiento en pacientes con carcinomatosis peritoneal es de 4 a 6 semanas³. De ahí la importancia del tratamiento paliativo mediante endoprótesis, cirugía paliativa o quimioterapia en la que se pueden emplear diversas combinaciones que incluyen fluoropirimidinas y cisplatino, habiéndose demostrado que cuando existe sobreexpresión tumoral de HERB2 la adición de trastuzumab mejora la supervivencia^{4,5}.

Bibliografía

1. Fock KM. Review article: the epidemiology and prevention of gastric cancer. *Aliment Pharmacol Ther* 2014; 40(3):250-60.
2. Leake PA, Cardoso R, Seevaratnam R, Lourenco L, Helyer L, Mahar A, et al. A systematic review of the accuracy and utility of peritoneal cytology in patients with gastric cancer. *Gastric Cancer* 2012; 15 Suppl 1:S27-37.
3. Diop AD, Fontarensky M, Montoriol PF, Da Ines D. CT imaging of peritoneal carcinomatosis and its mimics. *Diagn Interv Imaging* 2014; 95(9):861-72.
4. Bauer K, Schroeder M, Porzolt F, Henne-Bruns D. Comparison of international guidelines on the accompanying therapy for advanced gastric cancer: reasons for the differences. *J Gastric Cancer* 2015; 15(1):10-8.
5. Won E, Janjigian YJ, Ilson DH. HER2 directed therapy for gastric/esophageal cancers. *Curr Treat Options Oncol* 2014; 15(3):395-404.