

Cartas al Director

Carcinoma hepatoide gástrico

Palabras clave: Cáncer gástrico. Adenocarcinoma hepatoide gástrico. Alfa fetoproteína.

Key words: Gastric carcinoma. Hepatoid carcinoma of the stomach. Alpha fetoprotein.

Sr. Director:

Los marcadores tumorales son muy útiles para el diagnóstico y el seguimiento de algunos tumores, pero siempre teniendo en cuenta que no son específicos de un único tumor. La elevación de alfafetoproteína (AFP) fundamentalmente se asocia a carcinoma hepatocelular, hepatoblastoma y tumores de células germinales. Sin embargo, existen otros tumores productores de AFP, entre los que se encuentra un tipo de adenocarcinoma gástrico, el adenocarcinoma hepatoide gástrico (AHG). Se trata de un tumor poco frecuente pero bien caracterizado, del que presentamos un caso.

Mujer de 88 años, hipertensa, que presenta dolor moderado en hipocondrio derecho de 15 días de evolución y anorexia. Exploración física anodina. Analíticamente: discreta anemia normocítica y aumento moderado de transaminasas y de bilirrubina y enzimas de colestasis. Los marcadores tumorales fueron: CEA: 2.3, CA 19.9: 93 y AFP: 35000. La ecografía abdominal mostró múltiples nódulos en ambos lóbulos hepáticos compatibles con metástasis, y adenopatías peripancreáticas. En el TC toraco-abdominal (Fig. 1) además de las lesiones hepáticas descritas, aparecen nódulos compatibles con metástasis pulmonares y renales, y un engrosamiento del antro gástrico. Se realizó una gastroscopia observándose una lesión proliferativa en el antro gástrico cuyo estudio anatomopatológico fue concluyente con adenocarcinoma gástrico poco diferenciado, con áreas que recordaban a un hepatocarcinoma moderadamente diferenciado. Se descartó tratamiento quimioterápico.

El cáncer gástrico es la segunda causa de muerte por cáncer en el mundo en ambos sexos, situado por detrás del cáncer de pulmón en hombres y del cáncer de mama en mujeres (1), presentando una gran variabilidad geográfica. Su mortalidad es muy alta, con supervivencias del 15 al 20% a los cinco años. Los adenocarcinomas constituyen el 95% de los cánceres gástricos y los linfomas el 2,8%. El resto está compuesto por una serie de tumores muy poco frecuentes, entre ellos el coriocarcinoma, el tumor carcinoide, el tumor estromal gastrointestinal y el carcinoma de células escamosas. Dentro de los adenocarcinomas, el AHG es una rara variante que representa del 2 al 6% de los casos (2).

Fueron Bourreille y cols. (3) en 1970 los que describieron el primer tumor gástrico productor de AFP que presentaba sincrónicamente metástasis hepáticas. Posteriormente se diferenciaron dos subtipos histológicos: un tipo medular y un tipo papilar o tubular. El tipo medular recuerda morfológicamente a un hepatocarcinoma y se tiñe más intensamente con AFP. En 1985, Ishikura y cols. (4) propusieron catalogar a los adenocarcinomas gástricos productores de AFP, que era como se había denominado hasta entonces a estos tumores, como una entidad clinicopatológica diferente bajo el nombre de AHG. Sus características



Fig. 1.- TC abdominal que muestra imágenes nodulares hepáticas y renales compatibles con metástasis.

principales son: la estructura morfológica hepatoide, la producción muy elevada de AFP, la producción de bilis y el peor pronóstico, siendo frecuente la asociación con metástasis, sobre todo ganglionares y hepáticas, al diagnóstico. Pero incluso aunque no presenten metástasis en el momento del diagnóstico, son considerados tumores de alto riesgo de progresión (5).

No todos los adenocarcinomas gástricos productores de AFP pueden considerarse como AHG. Suelen ser adenocarcinomas bien diferenciados, de tipo intestinal, sin morfología hepatoide y con un pronóstico similar a otros carcinomas gástricos no productores de AFP. Además, no todos los AHG producen AFP, describiéndose hasta un 48% de tumores AFP negativos en algunas series, pero con un mal pronóstico similar al de los AHG productores, con supervivencia inferior al 12% a los 5 años (6).

En resumen podemos decir que el AHG es una entidad rara, pero bien definida, con un marcado mal pronóstico. Debe pensarse en ella en pacientes con lesiones hepáticas y elevación de AFP, sin factores de riesgo de hepatocarcinoma, sobre todo si presentan sintomatología gástrica asociada, lo que nos ayudará en la estrategia diagnóstica.

P. Díez Redondo y J.C. Torrego García¹

*Servicios de Aparato Digestivo y ¹Oncología Médica.
Hospital Universitario del Río Hortega. Valladolid*

Bibliografía

1. Pisani P, Parkin DM, Ferlay J. Estimates of the worldwide mortality from eighteen major cancers in 1985. Implications for prevention and projections of future burden. *Int J Cancer* 1993; 55 (6): 891-903.
2. Mori M, Ambe K, Adachi Y, Yakeishi Y, Nakamura K, Hachitanda Y, et al. Prognostic value of immunohistochemical identified CEA, AFP, and S-100 protein positive cells in gastric carcinoma. *Cancer* 1988; 62: 534-40.
3. Bourreille J, Metayer P, Sauger F, Matray F, Fondimare A. Existence of alfa feto protein during gastric-origin secondary cancer of the liver. *Presse Med* 1970; 78: 1277-8.
4. Ishikura H, Fukasawa Y, Ogasawara K, Natori T, Tsukada Y, Aizawa M. An AFP-producing gastric carcinoma with features of hepatic differentiation: a case report. *Cancer* 1985; 56: 840-8.
5. Aoyagi K, Koufuji K, Yano S, Miyagi M, Koga A, Takeda J, et al. Alpha-fetoprotein-producing early gastric cancer. Report of two cases. *Kurume Med J* 2003; 50: 63-6.
6. Nagay E, Ueyama T, Yao T, Tsuneyoshi M. Hepatoid adenocarcinoma of the stomach. A clinicopathologic and immunohistochemical analysis. *Cancer* 1993; 72: 1827-35.