

Cartas al Director

Linitis plástica intestinal, metástasis tardía de adenocarcinoma gástrico en anillo de sello

Palabras clave: Cáncer gástrico. Linitis plástica. Carcinoma de células en anillo.

Key words: Gastric cancer. Linitis plastic. Signet-ring cell carcinoma.

Sr. Director:

La linitis plástica o carcinoma esclerosante difuso es una entidad típica de tumores gástricos, aunque puede afectar a cualquier segmento gastrointestinal. Histológicamente se caracteriza por un aumento del tejido conectivo con escasas células epiteliales malignas. Presenta un curso lento, caracterizado por distintos grados de estrechamiento del tubo digestivo. El diagnóstico precoz es difícil, siendo en muchos casos un hallazgo casual en las cirugías de sus complicaciones (obstrucción o perforación) o en pruebas de imagen realizadas ante síntomas inespecíficos como dolor abdominal, pérdida de peso o diarrea. El intestino delgado y el colon constituyen una localización atípica de linitis plástica primaria y metastásica, pudiendo confundirse con otras entidades como la colitis crónica, enteritis inespecífica o enfermedad de Crohn (1,2).

Presentamos el caso de un paciente que presenta linitis plástica metastásica de intestino delgado y grueso de origen gástrico. El diagnóstico fue obtenido como hallazgo anatomopatológico casual tras cirugía urgente de obstrucción intestinal.

Se trata de un varón de 54 años con antecedente de adenocarcinoma gástrico de células en anillo de sello diagnosticado tras intervención de perforación de úlcera gástrica (vagotomía troncular y piloroplastia) siendo tratado con intención curativa mediante gastrectomía subtotal y reconstrucción en Billroth II.

A los 12 años acude por un cuadro obstructivo. Es intervenido bajo sospecha de síndrome adherencial realizándose adhesiolisis. No se hallan evidencias de recidiva tumoral. Un mes más tarde reingresa por nuevo cuadro obstructivo, encontrándose en el acto quirúrgico adherencias firmes y una estenosis circunferencial en colon transverso que obligan a la realización de resección intestinal y hemicolectomía derecha. El estudio histopatológico definitivo revela la presencia de infiltración serosa difusa en intestino delgado y colon por adenocarcinoma indiferenciado de células en anillo de sello (Fig. 1), con engrosamiento y rigidez de la pared intestinal y estrías blanquecinas típicas de una linitis plástica correspondiente a una metástasis de origen gástrico desarrollada doce años después de la resección del tumor gástrico primario.



Fig. 1.- Sección longitudinal con engrosamiento parietal y estrías blanquecinas características de linitis.

La evolución posquirúrgica fue tórpida culminando con el fallecimiento del paciente a los pocos meses.

Es conocido que el carcinoma gástrico de células en anillo de sello tiene gran potencialidad metastásica. La linitis plástica es poco frecuente fuera del estómago. Las descripciones en la literatura sobre afectación intestinal de la linitis plástica son escasas, con tan sólo 11 casos publicados hasta 1963 (3,4).

El curso de la enfermedad es insidioso y lento con una duración media de de los síntomas antes de la muerte de uno a dos

años. Clínicamente puede presentarse como cuadros obstructivos secundarios a adherencias entre asas de intestino delgado infiltradas por el tumor o a estenosis de origen extrínseco, por infiltración parietal. Son adherencias firmes y típicamente circunferenciales características de su histología en la que predomina el componente conectivo sobre las células tumorales. Connelly presenta una serie de 20 casos de linitis plástica de crecimiento exofítico (5) como manifestación de un carcinoma primario colorrectal de células en anillo de sello, sin embargo no se presenta dicha variedad de forma metastásica. Cuando se desconocen los antecedentes del enfermo puede no reconocerse la enfermedad metastásica y diagnosticarse erróneamente de adherencias comunes. Si añadimos la falta de espécimen para estudio histológico, el problema diagnóstico es mayor. Sin embargo, el conocimiento de los antecedentes del enfermo y la firmeza de las adherencias son signos sospechosos de origen neoplásico.

El diagnóstico de obstrucción adherencial se realiza por la clínica y la radiografía simple de abdomen. No obstante, aconsejamos la realización de escáner abdominal a un paciente con antecedentes neoplásicos para descartar recidiva tumoral o carcinomatosis, así como otras causas de obstrucción, aunque la sensibilidad de esta prueba no es muy alta en estos casos. Jang (6) describe los hallazgos característicos de las metástasis de adenocarcinoma gástrico en el escáner, especialmente de la linitis plástica, como engrosamiento concéntrico a lo largo de la pared intestinal.

En nuestro caso, a la rareza de la localización intestinal de la linitis metastásica, se añade el gran lapso de tiempo transcurrido desde la intervención gástrica (12 años) y la ausencia de datos macroscópicos de diseminación durante la primera intervención de obstrucción. Todo ello contribuyó a omitir inicialmente el diagnóstico, siendo el estudio de las piezas reseca- das en la segunda intervención las que aclararan la naturaleza del proceso.

Podemos concluir diciendo que se trata de una manifestación atípica de enfermedad metastásica, tanto por su naturaleza como por la larga evolución del proceso, en un enfermo al que se consideraba teóricamente libre de enfermedad y en el que no existían datos sugerentes de linitis plástica. *A posteriori* podemos pensar que la firmeza de las adherencias es un dato sospechoso, pero no específico.

M. Rodríguez Ortega, A. Carabias Hernández,
J.M. Rodríguez Barbero¹, E. Montano Navarro² y
M. Limones Esteban

*Servicios de Cirugía General y Digestivo, ¹Anatomía Patológica y ²Medicina de Familia y Comunitaria.
Hospital Universitario de Getafe. Madrid*

Bibliografía

1. Meyers MA, Oliphant M, Teixedor H and Weiser P. Metastatic carcinoma simulating inflammatory colitis. *Am J Roentgenol Rad Therapy & Nuclear Med*; 1975. p. 74-82
2. Fisher ER, Brown CH. Linitis plastica carcinoma of stomach with extensive metastases simulating colonic lesion. *Gastroenterology* 1952; 20: 503-8.
3. Dixon CF, Stevens GA. Carcinoma of linitis plastica type involving the intestine. *Ann Surg* 1936; 103: 263-72.
4. Fernet P, Azar HA, Scout AP. Intramural spread of linitis plastica along the alimentary tract. *Gastroenterology* 1965; 48: 419-24.
5. Connelly JH, Robey-Cafferty SS, el-Naggar AK, Cleary KR. Exophytic signet-ring cell carcinoma of the colorectum. *Arch Pathol Lab Med* 1991; 115 (2): 134-6.
6. Jang HJ, Lim HK, Kim HS, Cho EY, Lee SJ, Kim KA, Choi D. Intestinal metastases from gastric adenocarcinoma: helical CT findings. *J Comput Assist Tomogr* 2001; 25 (1): 61-7.