Cartas al Director

Adenocarcinoma gástrico pobremente diferenciado con rasgos rabdoides vimentinanegativo y colonizado por *candidas*

Palabras clave: Tumor rabdoide. Candida. Adenocarcinoma gástrico.

Key words: Rabdoide tumor. Candida. Gastric adenocarcinoma.

Sr. Director:

Los casos de carcinoma pobremente diferenciados de patrón rabdoide y localización gástrica son infrecuentes; en la literatura tan sólo hallamos 14 casos, 12 de ellos recopilados en un mismo estudio de pacientes japoneses (1). Se caracterizan por una proliferación difusa de células tumorales atípicas poco cohesivas, de morfología redondeada o poligonal con citoplasma eosinófilo, núcleo excéntrico y vesiculado, nucleolo prominente, con inclusiones citoplasmáticas grandes, esféricas y hialinas de ubicación perinuclear en algunas de ellas. Los estudios inmunohistoquímicos muestran positividad para citoqueratinas, CEA y vimentina; y en algunos casos positividad para marcadores musculares. Otras peculiaridades son: una pobre diferenciación, un pésimo pronóstico y la positividad a vimentina en el estudio inmunohistoquímico. El tratamiento de elección es la resección quirúrgica seguida de quimioterapia con cisplatino e ifosfamida (1-4).

Varón de 72 años sin antecedentes patológicos de interés con clínica de dolor epigástrico, síndrome tóxico y alteración del hábito intestinal. La fibrogastroscopia mostró, en la cara posterior del cuerpo gástrico, una ulceración profunda de 5 cm de diámetro de bordes lisos y fondo granular sugestiva de neoformación, las biopsias de esta se diagnosticaron de adenocarcinoma gástrico infiltrante y ulcerado. Se procedió a la gastrec-

tomía total con anastomosis en Y de Roux. En la pieza, de 32 y 40 cm de longitud en sus curvaturas, se apreciaba, en su porción inferior a nivel medio antral, una lesión ulcerada de bordes mamelonados de 8 x 7 cm que infiltraba la totalidad de las capas de la pared del estómago, abombando la serosa (Fig. 1-A). Los bordes quirúrgicos se hallaban alejados y respetados. En el tejido graso adyacente se aislaron 15 adenopatías, la mayor de 1,5 cm de diámetro; 8 de ellas mostraron metástasis con rotura de la cápsula ganglionar. El estudio microscópico mostró una neoformación de estirpe epitelial de patrón sólido y difuso, pobremente diferenciado constituido por células atípicas y pleomórficas de tamaños y formas diferentes de núcleos hipercromáticos y muy irregular observándose algunas células gigantes. Sin embargo había otras, la mayor parte, con núcleos claros que se hallaban desplazados del centro por la presencia de un cuerpo de inclusión eosinófilo en su citoplasma (Fig. 1-B). En muchas células el citoplasma tenía un patrón reticulado, dándoles aspecto de células rabdoides. Además se apreciaban focos de necrosis tumoral colonizados por múltiples colonias de Candida albicans. En el estudio inmunohistoquímico, las células de

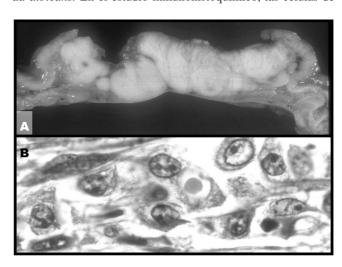


Fig. 1. A. Visión de la sección macroscópica de la tumoración. B. Detalle del componente rabdoide de la neoplasia.

hábito rabdoide mostraron positividad para EMA, CEA y citoqueratinas. Resultando negativas para vimentina, cromogranina, proteína S-100, CD-45 y CD-117. El paciente fue *exitus* a los 7 meses del diagnóstico, no pudiéndose realizar el estudio necrópsico.

Por estos resultados se llegó al diagnóstico de adenocarcinoma gástrico pobremente diferenciado de patrón sólido con rasgos rabdoides vimentina-negativo, con metástasis en 8 de las 15 adenopatías aisladas con rotura capsular y permeación linfática. En nuestro caso al obtener un resultado negativo para vimentina y ante la evidente diferenciación epitelial (sobre todo a nivel de ganglios linfáticos metastatizados) y su localización gástrica, proponemos la nomenclatura de "adenocarcinoma gástrico pobremente diferenciado de patrón sólido con rasgos rabdoides vimentina-negativos". La supervivencia de nuestro paciente (7 meses) es comparable a los casos con positividad a vimentina, aunque en algunos estudios se da mejor pronóstico y mejor respuesta al tratamiento por parte de los carcinomas vimentina-negativos (1,2). Este hecho nos hace pensar que el pésimo pronóstico viene dado por los rasgos rabdoides y no por la positividad de estos a la vimentina. Por último, reseñar que la invasión fúngica de la neoplasia es una colonización aprovechando la ulceración y necrosis, así como por el estado inmunológico del paciente, sin ser un cofactor de agravamiento del proceso sino un saprofitismo, coinfección que se suele hallar con relativa facilidad en procesos tumorales ulcerados como

nosotros mismos hemos tenido la oportunidad de estudiar en una reciente revisión de nuestra casuística hospitalaria.

J. F. García-Fontgivell, S. Blázquez y E. Mayayo

Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Joan XXIII. Tarragona

Bibliografía

- Ueyama T, Eishi N, Takashi Y, Masazumi T. Vimentin-positive gastric carcinomas with rhabdoid features. A clinicopathologic and immunohistochemical study. Am J Surg Pathol 1993; 17: 813-9.
- Rivera Hueto F, Ríos Martín JJ, Domínguez Triano R, Herrerías Gutiérrez JM. Early gastric stump carcinoma with rhabdoid features. Case report. Pathol Res Pract 1999; 195: 841-6.
- Amrikachi M, Ro JY, Ordonez NG, Ayala AG. Adenocarcinomas of the gastrointestinal tract with prominent rhabdoid features. Ann Diagn Pathol 2002; 6: 357-63.
- Pinto JA, González JE, González L, Stevenson N. Well differentiated gastric adenocarcinoma with rhabdoid areas a case report with immunohistochemical analysis. Pathol Res Pract 1997; 193: 801-5.
- Read HS, Webb JN, Macintyre IMC. Malignant rhabdoid tumour of stomach. Histopathology 1996; 29: 474-7.
- Utsunomiya T, Yao T, Masuda K, Tsuneyoshi M. Vimentin-positive adenocarcinomas of the stomach: coexpression of vimentin and cytokeratin. Histopathology 1996; 29: 507-16.