

Cartas al Director

Síndrome emético de causa poco frecuente

Palabras clave: Cáncer gástrico. Embarazo.

Key words: Gastric cancer. Pregnancy.

Sr. Director:

Las náuseas y vómitos en la gestante son un síntoma frecuente, siendo mayoritariamente debidos a la influencia hormonal propia del embarazo o a complicaciones hepáticas o sistémicas. Sin embargo no todo cuadro emético en una gestante es necesariamente atribuible a estas causas, como lo demuestra el caso que presentamos, en el que la sintomatología de la paciente era provocada por una neoplasia gástrica avanzada. Su diagnóstico se ve dificultado por un bajo índice de sospecha al simular síntomas frecuentes en el embarazo.

Paciente de 32 años sin antecedentes patológicos, gestante de 26 semanas. Presentaba clínica de 5 meses de evolución consistente en náuseas, vómitos, intolerancia a la ingesta y pérdida ponderal de unos 7 kg. El examen físico mostraba un abdomen con útero grávido y dolorimiento epigástrico, siendo el resto normal. Los exámenes complementarios denotaban una hemoglobina de 11,5 g/dl, leucocitosis con neutrofilia, coagulación normal y bioquímica con citolisis hepatocitaria (GOT 80 U/L, GPT 262 U/L) e hipoproteïnemia (proteínas totales 5,5 g/dl y albúmina 3,22 g/dl), siendo el resto normal. La ecografía abdominal evidenció engrosamiento de la pared gástrica de cuerpo y antro, la gastroscopia pliegues engrosados en cuerpo que se prolongaban hacia antro provocando una imagen en "reloj de arena", con úlcera en incisura, profunda de un centímetro de diámetro y bordes sobreelevados (Fig. 1). Doce horas después de practicada la endoscopia, desarrolla cuadro de abdomen agudo con líquido libre en la ecografía y neumoperitoneo en el estudio radiográfico. La laparotomía evidenció una tumo-

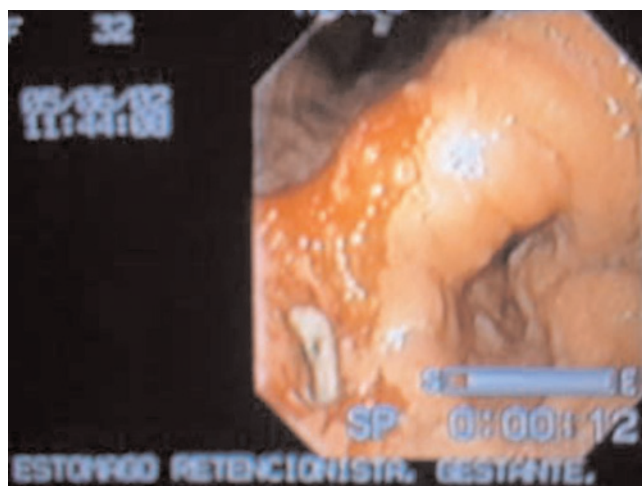


Fig. 1.- Endoscopia digestiva alta: pliegues gástricos engrosados, con imagen en "reloj de arena" y úlcera profunda en incisura.

ración que afecta a todas las capas de la pared gástrica, perforación en cara anterior de la unión cuerpo-antro sobre la úlcera descrita, infiltración de mesocolon transverso y adenopatías significativas regionales. Se practicó cirugía con criterios oncológicos. El estudio anatomopatológico fue compatible con adenocarcinoma poco diferenciado de tipo difuso sin afectación de ganglios linfáticos y positividad a *H. pylori*. La radiografía de tórax fue normal (estadio T4N0M0). El postoperatorio cursó satisfactoriamente, posteriormente se realizó tratamiento quimioterápico. A los dieciocho meses de seguimiento la paciente está asintomática y sin datos de recidiva.

Fujimura y Fukuda en 1916 describieron el primer caso de cáncer gástrico en una gestante (1); desde entonces son escasas las referencias disponibles en la literatura sobre neoplasias gástricas en gestantes. En un estudio retrospectivo sobre más de tres millones de parturientas (2) se registraron 67 neoplasias digestivas, lo que representa el 2,98% del total y corresponde a 0,021 casos por 1.000 parturientas. En Japón, donde el cáncer gástrico es hasta 7 veces más frecuente (6), sobre 2.325 casos de cáncer gástrico, encontraron sólo 14 en gestantes (3).

El diagnóstico precoz del cáncer gástrico en gestantes; se ve dificultado porque los síntomas propios de la neoplasia son comunes a los de una gestación, por lo demás normal, por lo que el diagnóstico es tardío y el tratamiento aplicado pocas veces es con intención curativa (1,4,5). Hasta un 63% de las pacientes refieren dolor epigástrico largo tiempo antes del diagnóstico, se acompaña de náuseas y vómitos, pérdida de peso o anemia no justificada por la gestación (1,5), por ello varios autores recomiendan la realización de endoscopia y ecografía abdominal si presenta síntomas persistentes o progresivos. En una revisión de 61 casos (6) el 96,7% tenían enfermedad avanzada al momento del diagnóstico y en sólo el 47,5% el tumor era reseca-ble, siendo la supervivencia a los tres años del 21,1%, compara-da con el 93% de pacientes no gestantes. En general, los mejores resultados en supervivencia se obtienen con el trata-miento quirúrgico cuando la extensión de la enfermedad es li-mitada (3). En nuestra paciente la cirugía hubo de practicarse de urgencia por la perforación gástrica.

La existencia de receptores estrogénicos descritos por Tokunaga y cols., podría explicar la progresión rápida de estas lesio-nes en el embarazo. La presencia de receptores en los focos de metaplasia intestinal podría marcar la fase inicial en la histogé-nesis del cáncer gástrico (4).

Su manejo terapéutico obliga a tener en cuenta factores como la edad gestacional, grado de extensión y posibilidades de curación en el momento del diagnóstico, sin olvidar princi-pios religiosos, éticos y el deseo de llevar a término la gesta-ción obligando a un abordaje individualizado.

R. Rivera Irigoín, F. Fernández Pérez, N. Fernández Moreno, F. Moreno Martínez, R. Ruiz Orellana', J. M. Navarro Jarabo, J. J. Moreno Platero, C. de Sola Earle, P. P. Moreno Mejía, G. García Fernández, y A. Sánchez Cantos

Unidad de Aparato Digestivo. 'Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo. Hospital Costa del Sol. Marbella, Málaga

Bibliografía

1. Fazeny B, Marosi C. Gastric cancer as an essential differential diagno-sis of minor epigastric discomfort during pregnancy. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica* 1998; 77 (4): 469-71.
2. Smith LIH, et al. Obstetrical deliveries associated with maternal malignancy in California, 1992 through 1997. *American Journal of Obste-trics and Gynecology* 2001; 184 (7): 1504-13.
3. Maeta M, Yamashiro H, et al. Gastric cancer in the young, with special referente to 14 pregnancy-associated cases: analysis based on 2 325 consecutive cases of gastric cancer. *Journal of Surgical Oncology – Supplement* 1995; 58 (3): 191-5.
4. Ayestaran C, et al. Fulminating gastric cancer in a pregnant woman, af-ter 18 weeks of gestacion, recipient of oocytes. *Acta Obstetricia et Gy-necologica Scandinavica* 2000; 79 (1): 86-7.
5. Tewari K, et al. The evolution of linitis plastica as a consequence of advanced gastric carcinoma in pregnancy. *American Journal of Obste-trics and Gynecology* 1999; 181 (3): 757-8.
6. Lo S, et al. Carcinoma of Stomach Complicating Pregnancy. *Journal of Clinical Gastroenterology* 1996; 23 (4): 299-300.