

---

## PRESENTACION DE CASO

---

# Adenocarcinoma de estómago y embarazo

EMILIO RESTREPO, MIGUEL BUILES

---

Se presenta el caso de una paciente de 25 años, primigestante del segundo trimestre, que planteó serias dificultades diagnósticas durante sus dos hospitalizaciones y finalmente murió en el Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital Universitario San Vicente de Paúl, de Medellín. El diagnóstico anatomopatológico fue: carcinomatosis difusa con compromiso del sistema nervioso central, secundaria a un adenocarcinoma del estómago.

### **PALABRAS CLAVE**

**EMBARAZO  
ADENOCARCINOMA DEL ESTOMAGO  
CARCINOMATOSIS**

---

### **PRESENTACION DEL CASO**

Paciente de 25 años, primigestante, que ingresó al Hospital Universitario San Vicente de Paúl (Historia 1.507.281) el 8 de octubre de 1991; tenía 8 meses de evolución de dolor lumbosacro irradiado a la cadera derecha, febrículas y epigastralgia ocasionales pero no pérdida de peso. Al examen físico estaba

en buenas condiciones generales pero irritable, P.A. 120/80, pulso 85/min, temperatura 37 °C, pulmones limpios, corazón con soplo sistólico aórtico grado II/IV. Utero grávido; no se hallaron masas abdominales. Había dolor a la palpación de las regiones sacroilíacas y rectificación de la lordosis. Examen neurológico normal.

Los exámenes de laboratorio revelaron: Hb: 9.4 gm/dl; Hematocrito 28%; sedimentación en la primera hora 87 mm. Leucocitos 11.400 mm<sup>3</sup>, PMN 82%, cayados 2%, linfocitos 16%. Plaquetas 440.000. Hemocultivo negativo, ácido úrico 3.7 mg/dl, creatinina 0.9 mg/dl. VDRL no reactivo, factor reumatoideo negativo.

Fue dada de alta el 15 de octubre de 1991 con diagnóstico de lumbalgia mecánica y recomendación de analgesia, calor local y fisioterapia.

Reingresó el 31 del mismo mes por fiebre y agudización del dolor lumbar pero se negó a responder al interrogatorio.

---

DOCTOR EMILIO RESTREPO, Residente, Departamento de Obstetricia y Ginecología, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia. DOCTOR MIGUEL BUILES, Profesor Titular, Departamento de Patología, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.

Empezó a presentar variaciones sensoriales severas, mutismo, logorrea y disartria; se hallaron rigidez de nuca, Kerning positivo bilateral, papiledema franco bilateral, pérdida del control de esfínteres, compromiso del VI par e hipertensión arterial sin bradicardia. La TAC mostró signos de edema cerebral difuso sin lesión localizada.

En el LCR se hallaron: proteínas 820 mg, glucosa 25 mg, actividad de deaminoaminasa (ADA) 2.1, sin células.

Presentó franco deterioro de su cuadro orgánico y mental. A las 28 semanas se diagnosticó muerte fetal; empezó a presentar episodios de hipotensión y apnea y murió el 13 de noviembre de 1991 en paro cardiorrespiratorio.

Exámenes de laboratorio de la segunda hospitalización: urocultivo: 70.000 colonias de *Staphylococcus aureus* por ml; dos hemocultivos negativos y uno positivo para *Staphylococcus aureus*; ácido úrico 13 mg/dl, creatinina 1.19 mg/dl, plaquetas 40.000, Anticuerpos antinucleares negativos, pruebas de función hepática y de coagulación: normales.

El tratamiento se hizo con manitol, isoniacida 300 mg/día, pirazinamida 1.500 mg/día, rifampicina 600 mg/día, sulfato de magnesio, prostafilina 1 gm/4vd.

## DISCUSION

Paciente joven, primigestante, con compromiso de varios sistemas (osteomuscular, nervioso, renal) y síndrome febril, sin antecedentes esclarecedores. Se propusieron varios diagnósticos de trabajo: tuberculosis meníngea, enfermedad del colágeno y endocarditis bacteriana. Lo bizarro del cuadro, lo inespecífico de los datos de laboratorio y la rápida y severa evolución hacia el deterioro impidieron hacer un enfoque eficaz y comprobar alguno de los diagnósticos propuestos.

## ANATOMIA PATOLOGICA

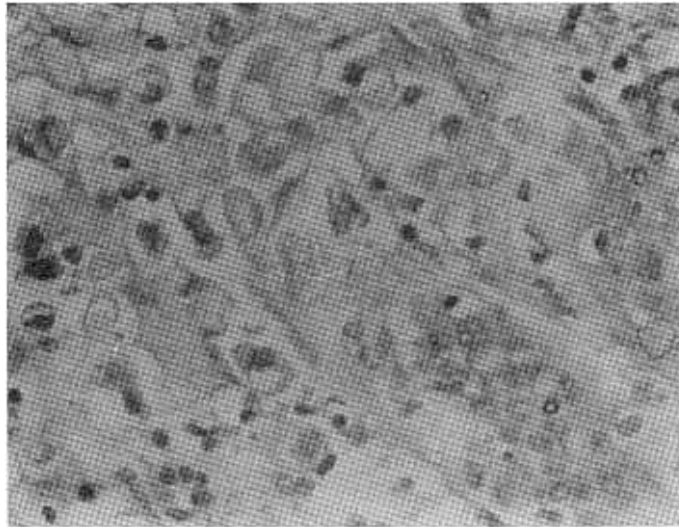
En el estómago se observa una gran tumoración que infiltra completamente el antro. No hay signos de ulceración, obstrucción o sangrado (Figura N° 1). La fotografía microscópica muestra infiltración tumoral de la mucosa gástrica con células en anillo de sello típicas de adenocarcinoma del estómago (Figura N° 2).

La duramadre se observa completamente infiltrada por nodulaciones metastásicas con componente inflamatorio y hemorrágico (Figura N° 3).

La presentación del adenocarcinoma en esta paciente fue muy atípica. Esta enfermedad ocurre más frecuentemente en varones por encima de la cuarta década, con historia familiar positiva, de grupo san-



FIGURA N° 1  
COMPROMISO DEL ESTOMAGO POR EL ADENOCARCINOMA



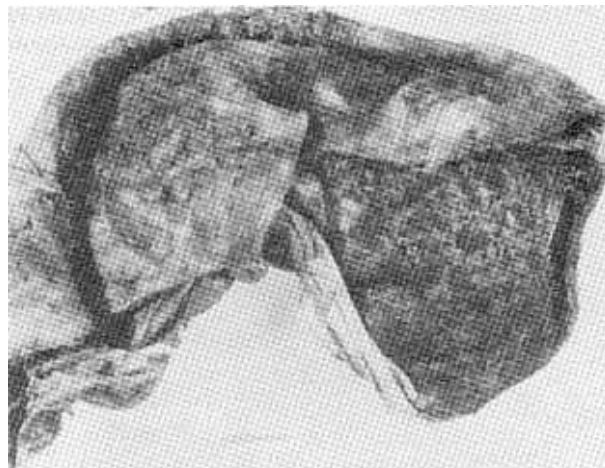
**FIGURA Nº 2**  
**MICROFOTOGRAFIA DEL COMPROMISO NEOPLASICO DEL ESTOMAGO. SE OBSERVAN**  
**CELULAS EN ANILLO DE SELLO**

guíneo A, de condición socioeconómica baja y relacionada con consumos dietéticos altos de sal y nitratos (1-4), bebidas alcohólicas o calientes e historia de fumar (5).

El 25% de los pacientes tienen clínica de enfermedad ácido péptica y el 70% algún tipo de dolor, con náuseas y vómito; casi todos los pacientes tienen anorexia, pérdida de peso o anemia. Suele palparse masa abdominal o ganglios positivos como el de Vir-

chow (supraclavicular izquierdo); también hay metástasis ováricas (tumor de Krukenberg), en fondo de saco perirrectal (Blummer) y en hígado. La extensión puede ser directa, por la sangre, por los linfáticos o por el peritoneo.

Se han descrito síndromes paraneoplásicos como ictericia obstructiva, ascitis malignas, fístula gástrica, síndrome de Trousseau (tromboflebitis), dermatomiositis o acantosis nigricans (1-4). Son muy



**FIGURA Nº 3**  
**INFILTRACION TUMORAL METASTASICA DE LA DURAMADRE**

raras las metástasis a placenta, SNC o sistema osteomuscular.

En pacientes jóvenes el adenocarcinoma de estómago suele ser rápidamente metastásico y de mal pronóstico (2). En la paciente que se presenta la diseminación fue hematogena por el compromiso del SNC y de huesos, hígado y pulmón (2).

En el embarazo el adenocarcinoma de estómago es una rareza (6,7). Sus síntomas son similares a los de pacientes de la población general con el agravante de que los cambios fisiológicos propios de la gestación pueden encubrir manifestaciones de enfermedad ácido péptica o de cáncer (6-8). Los casos reportados (9-11) enfatizan la dificultad diagnóstica y el mal pronóstico. Se han visto como exacerbaciones de enfermedad ulcerosa previa (8), como masa pélvica por metástasis ovárica (12,13) o como hiperemesis gravídica (14).

---

## SUMMARY

### GASTRIC ADENOCARCINOMA AND PREGNANCY

We report on a 25 year-old pregnant woman who was twice hospitalized at the Obstetrical Service of San Vicente de Paul University Hospital, in Medellín, Colombia. She posed serious diagnostic difficulties during her two admissions and died, undiagnosed, during the last one. Postmortem study revealed diffuse carcinomatosis with central nervous system involvement, originating in a gastric adenocarcinoma.

---

## BIBLIOGRAFIA

1. KURTZ R, SHERLOCK P. Carcinoma of the stomach. In: HAUBRICH WS, KALSER MH, ROTH JL, SCHAFFNER F, BERK E. BOCKUS' Gastroenterology. 4th ed. Philadelphia: Saunders, 1985: 1278-1304.
2. BOLAND R, SCHELMAN J. Tumors of the stomach. In: YAMADA T, ALPERS DH, OWYANG C, POWEL D, SILVERSTEIN F. Textbook of gastroenterology. Philadelphia: Lippincot, 1991: 1353-1379.
3. WINAWER SJ. Neoplasias del estómago. In: WYNGAARDEN JB, SMITH LH. CECIL: Tratado de medicina interna. 18a ed. México: Interamericana, 1991: 789-794.
4. MAYER RJ. Neoplasias del esófago y el estómago. In: WILSON JD, BRAUNWALD E, ISSELBACHER K, et al. HARRISON: Principios de medicina interna. 12a ed. México: Interamericana, 1991: 1443-1447.
5. VELASQUEZ O, ACEVEDO J, LERMA C. Tumores gástricos. In: OLARTE F, ARISTIZABAL H, BOTERO M, RESTREPO J, eds. Cirugía, Medellín: Universidad de Antioquia, 1983: V. 3: 229-248.
6. DONEGAN WL. Cancer and pregnancy. *Cancer J of Clinicians* 1983; 33: 194-214.
7. MELVILLE V, DEPPE G. Neoplasias del tracto alimentario en el embarazo. In: GLEICHER N. Ed. Medicina Clínica en Obstetricia. Buenos Aires: Panamericana, 1989: 1223-1234.
8. GLEICHER N. Neoplasias del tracto alimentario en el embarazo. In: Medicina clínica en obstetricia. Buenos Aires: Panamericana, 1989: 1223-1234.
9. DAVIS JL. Gastric carcinoma presenting as an exacerbation of ulcers during pregnancy. A case report. *J Reprod Med* 1991; 36: 450-452.
10. SCHRODER W. Stomach cancer in pregnancy. *Z Geburtsh Perinatol* 1992; 196: 100-102.
11. SASIDHARAN K. Carcinoma of the stomach in a 24 year old pregnant woman (letter). *Am J Gastroenterol* 1989; 84: 990-991.
12. EKBLAD U. Carcinoma of the stomach associated with the pregnancy: two case reports. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1990; 37: 191-194.
13. FOX LP, STAMM WJ. Krukemberg tumor complicating pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 1965; 92: 702-710.
14. DUCKER L, COHEN HR. Hyperemesis gravidarum with gastric carcinoma. *Obstet Gynecol* 1975; 45: 348-349.