

Tumor gástrico, más allá del adenocarcinoma.

Gastric tumor, beyond adenocarcinoma.

Autores:

Riera Tatiana¹, Riera Fernando²

¹ Posgrado de Imagenología. Universidad San Francisco de Quito. Quito, Ecuador.

² Centro Especializado en Diagnóstico por Imagen y Radiología Sur "CEDIRSUR". Quito, Ecuador.

Palabras clave: Tumor gástrico, tumor neuroendocrino, hipervascular.

Key words: Gastric tumor, neuroendocrine tumor, hyper vascular.

Comité de ética: Es una presentación de caso, no requiere de autorización de comité de ética.

Correo para correspondencia del autor principal:

Dra. Tatiana Riera
trierae@estud.usfq.edu.ec

Fecha de recepción:
Junio de 2025.

Fecha de aceptación:
Diciembre de 2025.

Resumen: Paciente masculino que cursa con dispepsia crónica hace 11 meses de evolución, refractaria a varios esquemas de erradicación de *helicobacter pylori*. Ante la reciente aparición de melenas se realizaron estudios endoscópicos por dos ocasiones evidenciando una lesión tumoral; sin embargo, reportes histopatológicos negativos para malignidad.

Dada la discordancia clínico-endoscópica, se solicitó una tomografía contrastada, la cual resultó determinante para el abordaje. En dicho estudio se observó un engrosamiento mural marcado con realce ávido en fase arterial, hallazgo que orientó el diagnóstico diferencial hacia una neoplasia gástrica de origen no epitelial, alejándose del espectro del adenocarcinoma convencional.

Abstract: A male patient presented with an 11-month history of chronic dyspepsia, which remained refractory to multiple *Helicobacter pylori* eradication treatments. Due to recent melena, the patient underwent two endoscopic procedures that identified a tumoral mass; however, histopathological reports were negative for malignancy.

Given the clinico-endoscopic discordance, a contrast-enhanced computed tomography (CT) scan was requested, which proved decisive for the diagnostic approach. The CT scan showed marked mural thickening with avid enhancement during the arterial phase, suggesting a gastric tumor of non-epithelial origin, effectively ruling out conventional adenocarcinoma.

Introducción

Durante los últimos años el cáncer gástrico ha tomado relevancia epidemiológica, llegando a ser el quinto cáncer más diagnosticado a nivel mundial y la cuarta causa de mortalidad por cáncer. Aunque las tasas son más altas hacia el continente asiático, hoy en día Latinoamérica no es la excepción. En Ecuador, pese a la difusión de nuevos métodos de cribado y terapias, los pacientes aún son diagnosticados en etapas tardías, cuando ya su pronóstico es sombrío¹.

Si bien la endoscopia y la histopatología son los pilares iniciales, el reto diagnóstico se intensifica ante síntomas inespecíficos. Es en este escenario donde particularmente la tomografía computarizada con contraste es de gran ayuda^{1,2}. Su importancia radica en la capacidad de caracterizar el comportamiento hemodinámico de las masas gástricas; específicamente, la identificación de lesiones hipervasculares permitiendo diferenciar neoplasias subepiteliales, como los tumores del estroma gastrointestinal (GIST) o tumores neuroendocrinos, del adenocarcinoma convencional⁴.

Así, cuando la profundidad de la lesión la pone fuera del alcance de una biopsia endoscópica estándar, los estudios de imagen dejan de ser un apoyo en la estadificación para transformarse en la herramienta determinante que orienta el diagnóstico y define el destino terapéutico del paciente.

Presentación del Caso

Paciente masculino de 62 años con antecedente de Artritis reumatoide y antecedente de hermano fallecido por cáncer gástrico. Acude por presentar dispepsia de 11 meses de evolución, tratado en varias ocasiones por enfermedad de *helicobacter pylori*, sin mejoría, pérdida de peso de 2 kg en el último mes con presencia de melenas en heces.

Se realiza endoscopia digestiva alta (EDA) por dos ocasiones donde macroscópicamente se menciona lesión tumoral, sin embargo, ambos reportes histopatológicos resultan negativos para malignidad. Al examen físico a su ingreso presentaba palidez generalizada y melenas.

Dentro de los estudios de laboratorio se destaca a su ingreso valores bajos de hemoglobina 6 gr/dl, por lo que se realiza una tercera biopsia donde se establece un diagnóstico de neoplasia gástrica indiferenciada.

Bajo esta premisa, se solicitan estudios complementarios; la tomografía simple y contrastada reveló un marcado engrosamiento concéntrico mural de hasta 20mm, el mismo que en las fases contrastadas, especialmente en la arterial, presentó un realce de forma difusa, con invasión hacia la serosa y de gas intraluminal que sugería ulceraciones, ver Figura 1 y 2.

Además de acompañarse de múltiples adenopatías en los niveles ganglionares loco-regionales, ver Figura 3. En este contexto, es sometido a una gastrectomía subtotal más gastroentero anastomosis con técnica de "Y de Roux" más colecistectomía.

En el resultado histopatológico de la pieza quirúrgica se establece como neoplasia indiferenciada e inmunohistoquímica con CD56: positiva en un solo corte y enolasa neural: limitada. Se complementa estudios con Cromogranina A: 50 ng/dl.

De esta manera se establece el diagnóstico de carcinoma neuroendócrino pobremente diferenciado.

Recibe tratamiento de quimioterapia adyuvante, sin embargo, 8 meses posteriores a la cirugía acude por presentar cuadro de colangitis secundario a un conglomerado ganglionar que generaba compresión extrínseca hacia el hilio hepático, catalogándose como un estado de recidiva tumoral.

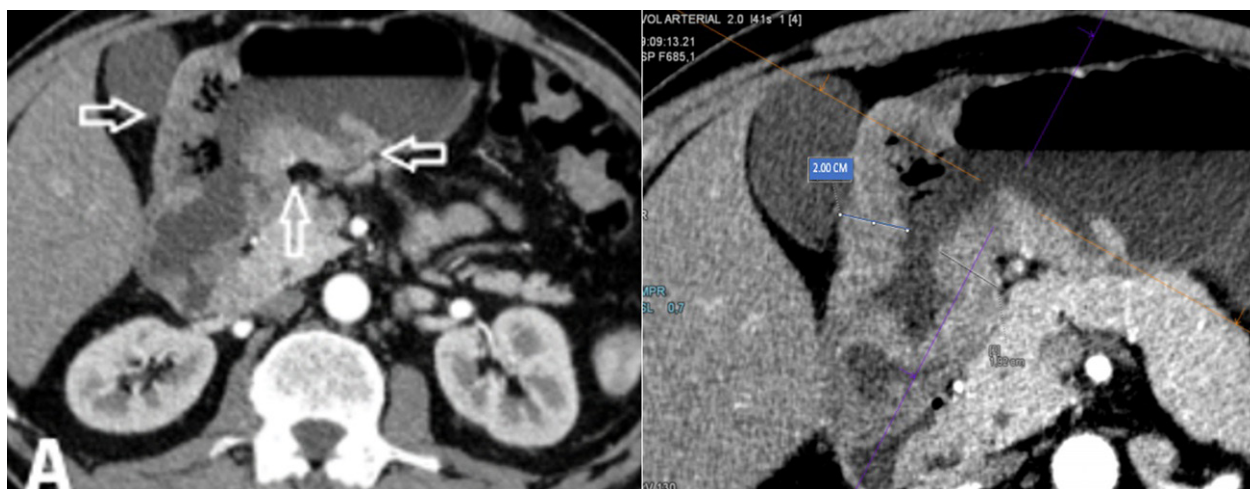


Figura 1. Tomografía contrastada en fase arterial, corte axial, que reveló un marcado engrosamiento concéntrico mural de hasta 20mm, el mismo que tiene un realce de forma difusa.

Fuente: Centro Especializado en Diagnóstico por Imagen y Radiología Sur (CEDIRSUR). Quito, Ecuador.

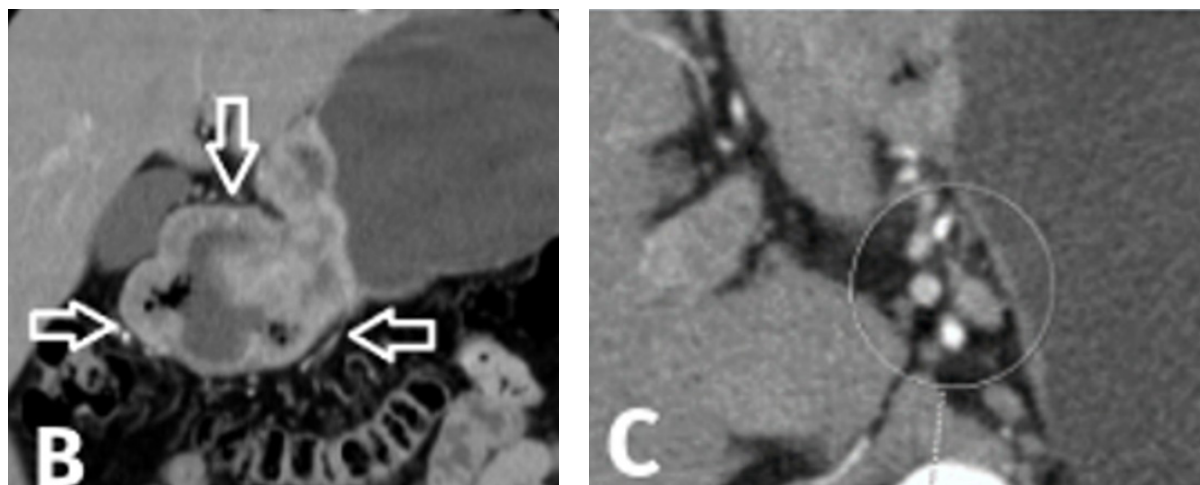


Figura 2 y 3.

2) Tomografía Contrastada en fase arterial que muestra engrosamiento concéntrico con realce difuso y gas intralesional que sugería ulceraciones.

3) Además de observar múltiples adenopatías en los niveles ganglionares loco-regionales

Fuente: Centro Especializado en Diagnóstico por Imagen y Radiología Sur (CEDIRSUR). Quito, Ecuador.

Discusión

Cuando nos enfrentamos a un tumor gástrico, el desafío de su diagnóstico y posterior tratamiento viene dado de acuerdo con el tipo de tumor y sus características. El 90% de las veces nos encontramos con un adenocarcinoma, pero un grupo minoritario, corresponderán a otra estirpe³.

La tomografía contrastada es de gran utilidad ante lesiones tumorales gastrointestinales y usualmente tiene gran aporte ante lesiones hipervasculares, entre las cuales podemos encontrar a los tumores estromales (GIST), tumores neuroendocrinos, sarcomas, metástasis y hasta lesiones de origen vascular⁴.

Si nos enfrentamos a un adenocarcinoma es común ver un engrosamiento focal de la pared, asimétrico que puede tener un hipo o hiper realce en comparación con la pared normal. Pero no toda lesión gástrica corresponde a un adenocarcinoma³.

Dentro del diagnóstico diferencial se debe tomar en cuenta a los GIST, ya que también pueden aparecer como lesiones hipervasculares. Generalmente, si son tumores mayores a 3 cm, los veremos como lesiones ulceradas, irregulares y que pueden llegar a tener necrosis central⁵.

Cuando nos encontramos con engrosamientos amplios de la pared gástrica, que miden más allá de 1 cm, el diagnóstico de linfoma gástrico deberá estar presente³.

Otra entidad que tomar en cuenta es la enfermedad metastásica, que puede manifestarse como masas gástricas o engrosamiento difuso de la pared con rigidez y aplanamiento de la mucosa, simulando una linitis plástica y cuando ya existe gran compromiso puede llegar a ser imposible de diferenciarlo del adenocarcinoma gástrico primario difuso⁴.

Actualmente, los tumores neuroendocrinos de origen gástrico han tenido un incremento en su incidencia y este hallazgo se atribuye al uso de la endoscopia².

Durante el examen endoscópico, se observan como lesiones subepiteliales, ya que provienen de las células enterocromafines, las mismas que se ubican en la profundidad de la mucosa gástrica.

Para su diagnóstico es importante el estudio histopatológico acompañado de la inmunohistoquímica. Los marcadores de inmunohistoquímica juegan un papel muy importante para establecer el diagnóstico.

Hoy en día, contamos con varios marcadores, sin embargo, los más usados y que mayor sensibilidad para el diagnóstico tienen son la cromogranina A, sinaptofisina, neuroenolasa específica, CD-56 y CK (AE1/ AE3) de los cuales la más específica es la cromogranina A y la más sensible sinaptofisina^{5,6}.

De acuerdo con la clasificación de la Organización Internacional de la Salud, han dividido estos tumores en 3 grandes grupos, los tumores neuroendocrinos bien diferenciados, carcinomas neuroendocrinos bien diferenciados y los carcinomas pobremente diferenciados, estos últimos con un mal pronóstico debido a la presencia de enfermedad a distancia⁶.

El tipo I, tiene una asociación importante con gastritis atrófica. El tipo 2 asociado a síndromes, del cual destaca el MEN 1, generalmente asociado a lesiones pequeñas y múltiples que hasta un 30% aproximadamente presenta metástasis.

El tipo 3, el de peor pronóstico, generalmente no asocia enfermedad gástrica de base, son tumores de gran tamaño por lo que clínicamente se presentan con sangrado digestivo y a su diagnóstico la mayoría de ellos ya tiene invasión vascular o incluso metástasis, lo que conlleva a un mal pronóstico, con una sobrevivencia muy mala, siendo esta, menor a 5 años en el 80% de los casos^{2,6}.

La mayoría de los tumores neuroendocrinos no presentan características de imagen patognomónicas. Sin embargo, se pudiera sospechar de esta etiología por su comportamiento en los estudios imagenológicos lo que nos llevaría a plantearnos entre los diagnósticos diferenciales. Clínicamente, los pacientes son asintomáticos hasta que se encuentra en fase avanzada.

La tomografía nos ayuda a localizar este tipo de lesiones y predecir su comportamiento al demostrar invasión local o a distancia. Aunque el desafío será cuando nos encontremos con tumores menores de 2 cm. Debido a su naturaleza hipervascular, para su valoración será necesario realizar una fase arterial donde los veremos como lesiones subepiteliales o intramurales hiperdensas y menos prominente en fase portal.

El carcinoma neuroendocrino gástrico puede verse también como una lesión ulcero-infiltrativa⁶.

Las metástasis mesentéricas se presentan característicamente como una masa heterogénea y espiculada, esto debido a la intensa reacción desmoplásica

que se produce, que puede estar presente con o sin calcificaciones centrales, habitualmente próximas al tumor primitivo^{4,6}.

La presencia de metástasis hepáticas es el factor pronóstico más importante y va a ser clave para determinar no solo su pronóstico sino también la supervivencia. El fallo hepático es por tanto la causa de muerte más frecuente de estos pacientes⁶.

En la TC multifase y tras administración de contraste, las metástasis hepáticas suelen presentarse hasta en un 70% como lesiones hipervasculares en fase arterial con lavado en fase tardía. Menos frecuente, presentan un patrón hipovascular con llenado progresivo que plantea el diagnóstico diferencial con el hemangioma⁴.

En nuestro caso, el paciente fue diagnosticado de un tumor neuroendocrino que involucraba antro y cuerpo gástrico, por lo que fue sometido a una gastrectomía subtotal y se sometió a quimioterapia adyuvante.

Sin embargo, ocho meses posteriores a esta intervención, el paciente acudió por presencia de ictericia y fiebre, siendo así diagnosticado de colangitis, la misma que fue a causa de una compresión extrínse-

ca por un conglomerado ganglionar cercano al hilio hepático. En el contexto de un paciente con enfermedad terminal, se realizó un drenaje biliar de forma paliativa, sin embargo, progreso a un choque séptico y consiguiente fallecimiento.

Conclusiones

Cuando hablamos de un tumor gástrico, la posibilidad de tener un adenocarcinoma es alta, sin embargo, no es la única opción.

Hoy en día disponemos de algunos métodos tanto por imágenes y de laboratorio, que nos ayudan a esclarecer el diagnóstico. Si bien es cierto, los tumores neuroendocrinos pueden originarse en cualquier parte del cuerpo, pero su origen a nivel gastroenteropancreáticos es el más frecuente.

Su complejidad biológica y heterogeneidad con la que se presentan, constituyen un desafío tanto en su diagnóstico como para su tratamiento, por lo que la interacción de un equipo multidisciplinario permitirá brindar un mejor diagnóstico y calidad de vida al paciente.

Declaración de Conflicto de interés: Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés.

Fuente de financiamiento: Recursos propios de los autores.

Grado de contribución de los autores: TR realizó la recopilación de la bibliografía y transcripción del manuscrito. FR realizó en conjunto con TR la revisión de las imágenes y manuscrito.

Bibliografía

1. Acuña, S., Solís, P., Oñate, P., Martínez, E., & Chaves, S. (2021). EPIDEMIOLOGÍA DEL CÁNCER DE ESTÓMAGO EN UN CENTRO DE REFERENCIA DEL ECUADOR. *Revista Médica Vozandes*, 31(2), 19–25. <https://doi.org/10.48018/rmv.v31.i2.3>
2. Vintimilla Pogo YE, Bermejo Alvarez AM, Urgilés Rivas MV, Uyaguari Díaz LM. Caso Clínico: Tumor Neuroendocrino Gástrico. *Rev Médica Hosp José Carrasco Arteaga* [Internet]. 2018;10(2):155–9. Disponible en: <https://docs.bvsalud.org/biolioref/2019/06/1000322/14-caso-clinico-tumor-neuroendocrino-gastrico.pdf>
3. Anderson AC, Millet JD, Manganaro MS, Wasnik AP. Multimodality imaging of gastric pathologic conditions: A primer for radiologists. *Radiographics* [Internet]. 2020;40(3):707–8. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1148/rg.2020190065>
4. Lee NK, Kim S, Kim GH, Jeon TY, Kim DH, Jang HJ, et al. Hypervascular subepithelial gastrointestinal masses: CT-pathologic correlation. *Radiographics* [Internet]. 2018;30(7):1915–34. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1148/rg.307105028>
5. Carrillo Diego, Muñoz-Medel Matías, Retamal Ignacio, Pinto Mauricio, Bravo María L., Nervi Bruno et al. Tumores Neuroendocrinos: un desafío transversal. *Rev. méd. Chile* [Internet]. 2021 jun [citado 2025 Mar 03]; 149(6): 888–898. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872021000600888&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/s0034-98872021000600888>
6. Sahani DV, Bonaffini PA, Fernández-Del Castillo C, Blake MA. Gastroenteropancreatic neuroendocrine tumors: Role of imaging in diagnosis and management. *Radiology* [Internet]. 2013;266(1):38–61. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1148/radiol.12112512>