



## Imagen Biomédica

### **Oncología Pediátrica: Carcinoma Gástrico Difuso ¿Cuándo lo diagnosticamos? Histomorfología**

**Valdovinos Zaputovich, BM; Sassari Sandoval I, MM. Alsina, A I; Ayala, NC ; Ughelli Tarnoski, NM I\*; Vallejos Gómez, YA I; Ht Acevedo, LN**

Palabras Claves: Cáncer de Estómago. Pediatría. Anatomía patológica.

La frecuencia de los tumores malignos en la infancia representan del 9 al 12 por 100.000 habitantes, de los cuales menos del 5% son neoplasias primitivas del aparato gastrointestinal; de éstos, el carcinoma/adenocarcinoma gástrico representa menos del 0.05%.

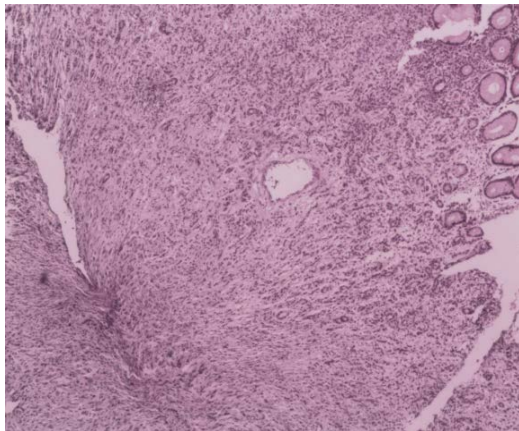
El carcinoma gástrico es un diagnóstico poco frecuente en la infancia, se sugiere una predisposición familiar, debiéndose sospechar en pacientes jóvenes con historia familiar significativa y en la ausencia de signos específicos iniciales a fin de proporcionar un diagnóstico temprano, correcto y adecuado. Existe mayor riesgo de manifestación en los sujetos con parientes que presentan o presentaron cáncer de estómago, en donde la edad de aparición y el grado de parentesco familiar importan mucho. Esto puede deberse en parte, al hecho de que los familiares tienden a estar expuestos a los mismos factores de riesgo ambientales *Helicobacter pylori* CagA (+), pero también a los heredables (genética) de susceptibilidad.

Los primeros síntomas pueden estar representados por dolor epigástrico, sensación de plenitud, eructos, pérdida del apetito, náuseas, vómitos y pérdida de peso (inespecíficos y engañosos complicando un diagnóstico oportuno precoz).

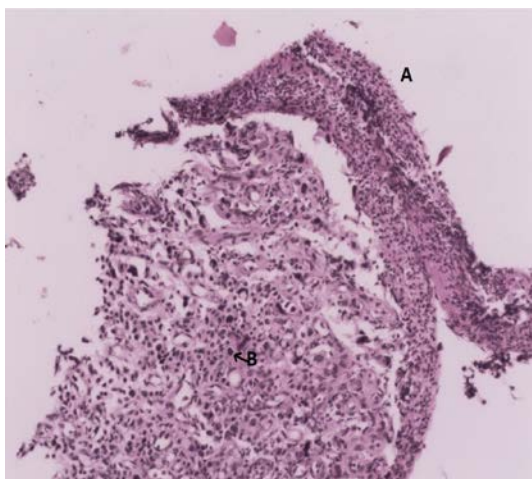
**Caso Clínico:** paciente de sexo femenino de 16 años, procedente del interior de la provincia de Corrientes (Riachuelo) que presentó como antecedentes clínicos relevantes a los 13 años episodios de hematemesis. Actualmente en mal estado general. Se realiza biopsia gástrica, el material es enviado a anatomía patológica. Los hallazgos histopatológicos se correspondieron con mucosa gástrica que en la lámina propia presentaba edema, infiltrado de células inflamatorias predominantemente mononucleares linfo-plasmocitario y eosinófilos, coexisten células de “aspecto en anillo de sello” (Figuras 1-2).



**Fig 1 B-2014-147 R.M.G 4X HE.** Proliferación de células “aspecto en anillo de sello” con patrón difuso que comprometen la lámina propia y la distorsionan.



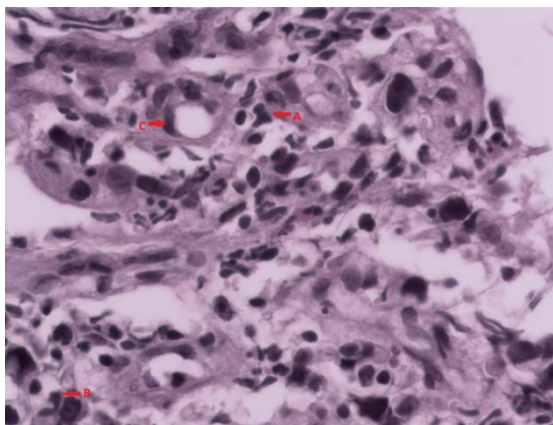
**Figura 2 B-2014-147-R.M.G 10X HE.** Se ha perdido totalmente el epitelio gástrico. Extensa ulceración (A). Distorsión de la histoarquitectura normal del estómago (B) células presentan aspecto neoplásico maligno, algunas bizarras en áreas conteniendo vacuolas de mucina que expanden el citoplasma y empujan el núcleo hacia la periferia (anillo de sello).



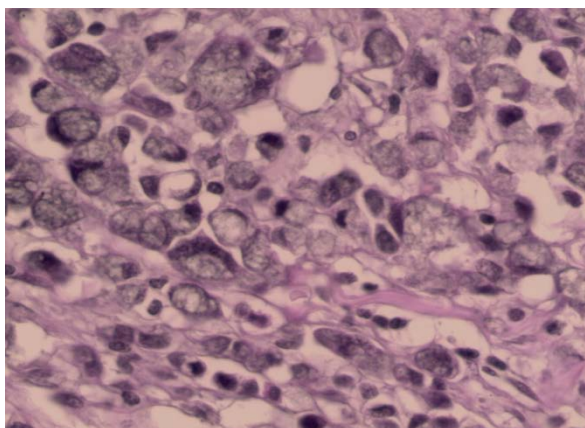
En otros fragmentos se observa reemplazo de la histoarquitectura normal gástrica por un patrón celular de crecimiento infiltrativo difuso, infiltrando el escaso tejido submucoso existente que compromete toda la pared, estas células presentaban aspecto neoplásico maligno, algunas bizarras en áreas conteniendo vacuolas de mucina que expanden el



citoplasma y empujan el núcleo hacia la periferia (anillo de sello). Las mismas son poco cohesivas. Se reconocen hasta 3 figuras mitóticas en 5 CGA (40x). Respuesta desmoplásica, con infiltrado inflamatorio mononuclear linfoplasmocitario y eosinófilos. Superficie luminal ulcerada (Figuras 3-4).



**Figura 3 B-2014-147-R.M.G 40X HE.** A- Células con anisocariosis, B - eosinófilos, C- células en anillo de sello.



**Figura 4 B-2014-147-R.M.G 40x H/E.** Adenocarcinoma Gástrico Difuso, células en anillo de sello.

Se realizaron coloraciones especiales de PAS y Azul Alcian (+) positivos, y técnica de inmunomarcación que resultaron: CK (+) en células neoplásicas, ACL (-) en células neoplásicas. CD68 (-) en células neoplásicas. Cromogranina (-) para células neoplásicas. Sinaptofisina (-) para células neoplásicas. No se observa *Helicobacter Pylori* en el escaso material evaluado. Diagnosticándose por morfología e inmunomarcación vinculable con adenocarcinoma gástrico difuso. Se sugiere correlacionar con clínica, antecedentes del paciente y familiares.



### **Datos de autor**

**Autores:** Valdovinos Zaputovich, BM<sup>1-2</sup>; Sassari Sandoval I<sup>1-2</sup>; M. Alsina, A<sup>1</sup>; Ayala, NC<sup>3</sup>; Ughelli Tarnoski, NM<sup>1\*</sup>; Vallejos Gómez, YA<sup>1\*</sup>; Ht Acevedo, LN<sup>2</sup>

**Lugar de Trabajo:** Hospital Pediátrico Juan Pablo II. Corrientes. Argentina.

Facultad de Medicina<sup>1</sup>. Hospital Pediátrico Juan Pablo II Corrientes<sup>2</sup>. Hospital JR Vidal\* Alumnas Facultad Medicina. Corrientes RA 3400.

[berthavz@el-litoral.com.ar](mailto:berthavz@el-litoral.com.ar)