

# Reticulosarcoma de estómago

## Aspecto clínico - radiográfico

Dr. R. Alfonzo - Peirano \*

### INTRODUCCION

Los tumores mesenquimáticos son poco frecuentes en estómago. La frecuencia del sarcoma por sexos es aproximadamente la misma. Según Kaufmann representan el 1 % de todos los tumores del estómago, originándose el 65 % de los casos en la submucosa, el 24 % en la muscular, el 7 % en la mucosa y muscularis mucosae y el 4 % en la subserosa.

Según esta misma estadística se localizan en el 25,5 % en la gran curvatura, en el 20,5 % en el píloro, en el 11 % en la pared posterior, y en el 25,5 % infiltran todo el estómago o casi.

Contrariamente a lo que sucede con los carcinomas, raramente dan estenosis.

Las complicaciones son raras y entre ellas se destacan la hemorragia y la perforación.

Asimismo difieren del carcinoma en su gran volumen, produciendo masas intramurales voluminosas, causando engrosamiento notable de la pared con arrugas muy manifiestas.

Sus metastasis se observan en cerca de un tercio de los casos, comprometiendo los ganglios regionales, el hígado, riñón, páncreas, epiplon, intestino, ovario, pulmón y cutis.

El linfosarcoma metastatiza raramente.

Histologicamente, pueden ser fibrosarcomas, leiomiomas, sarcomas endoteliales o linfomas, entre los cuales el tipo más frecuentemente hallado es el reticulosarcoma.

### CARACTERISTICAS GENERALES DEL TUMOR

#### 1) Anatomía patológica

Los linfomas malignos primarios del estómago, en orden de frecuencia son del tipo del **linfosarcoma**, seguidos por el reticulosarcoma y por último por la **enfermedad de Hodgkin**.

En aproximadamente la mitad de los casos, a simple vista, se muestra como una masa redonda, intramural y voluminosa, con generalmente una pequeña úlcera en la mucosa sobre el sitio que sobresale en el interior del estómago. Difiere macroscopicamente del carcinoma por su gran volumen, su color gris y consistencia

blanda. Es un proceso infiltrativo, con extensión al duodeno o al esófago que en aproximadamente 14 % de los casos perfora la pared gástrica. Debe ser diferenciado de la hiperplasia linfoide reaccional.

Histológicamente predominan las células de tipo reticular. En ocasiones este proceso infiltra difusamente las paredes estomacales, produciendo un aumento importante en el volumen de los pliegues gástricos que simula una **"hiperplasia gigante de la mucosa"**.

Entre estos tumores es importante distinguir aquellos en los cuales la neoplasia no es más que una manifestación local de una afección generalizada de aquellas que se presentan como un sarcoma circunscripto del estómago.

#### 2) Radiología

Desde el punto de vista funcional radiológico se aprecia una disminución de la peristalsis y defectos de relleno con destrucción del patrón mucoso gástrico.

La infiltración sarcomatosa muestra como hallazgos radiológicos sugestivos de tal proceso los siguientes:

- 1) Amplias úlceras superficiales de la pared posterior o pequeña curvatura asociada con pliegues mucosos engrosados alrededor de la úlcera.
- 2) Amplia tumoración con pequeños cambios en el contorno de la pared estomacal.
- 3) Múltiples masas polipoideas con ulceraciones centrales "aspecto en blanco de tiro".
- 4) Falta de flexibilidad de la pared gástrica.
- 5) Extensión del crecimiento patológico al duodeno.

### OBSERVACION PERSONAL

A. M., sexo femenino, 67 años, procedente de Montevideo. Sin antecedentes familiares ni personales a destacar, consulta en fecha 23/II/79, por tumefacción cervical izquierda en territorio carotídeos, de aproximadamente 2x2x6 cm., de límites netos, forma redondeada, superficie lisa, indolora, dura pero no pétreo, móvil superficialmente y adherida a los planos profundos. Relata rinorrea mucosa y odinofagia.

\* Tte. 1º Médico. Servicio de Radiología del H. C. FF.AA. Asistente del Dpto. Clínico de Radiodiagnóstico de la Facultad de Medicina. Hospital de Clínicas.

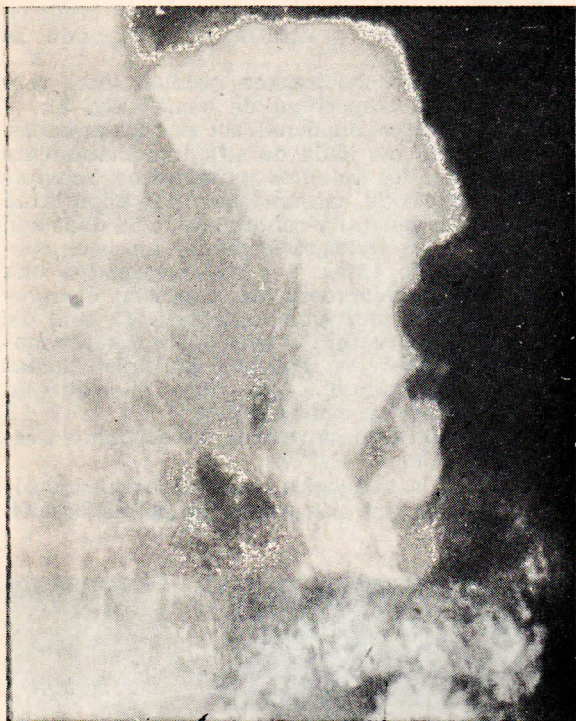


Fig. 1 - Marcada alteración de la morfología estomacal con pliegues mucosos engrosados



Fig. 2 - Pliegues irregulares y desordenados

En su posterior evolución de 4 meses, aparecen nuevas tumefacciones en región carotídea, con aumento progresivo de tamaño, consistencia pétreo y tendencia a confluir ocupando el hemicuero izquierdo.

Concomitantemente aparece un síndrome de repercusión general, astenia anorexia, adinamia, importante adelgazamiento y anemia cutáneo-mucosa intensa quedando internada para su estudio y tratamiento.

Se realizan tomas biópsicas de la tumefacción carotídea para su envío a Anatomía Patológica y un estudio radiológico de esófago-gastroduodeno con fecna 9/VII/79, cuyo informe es el siguiente:

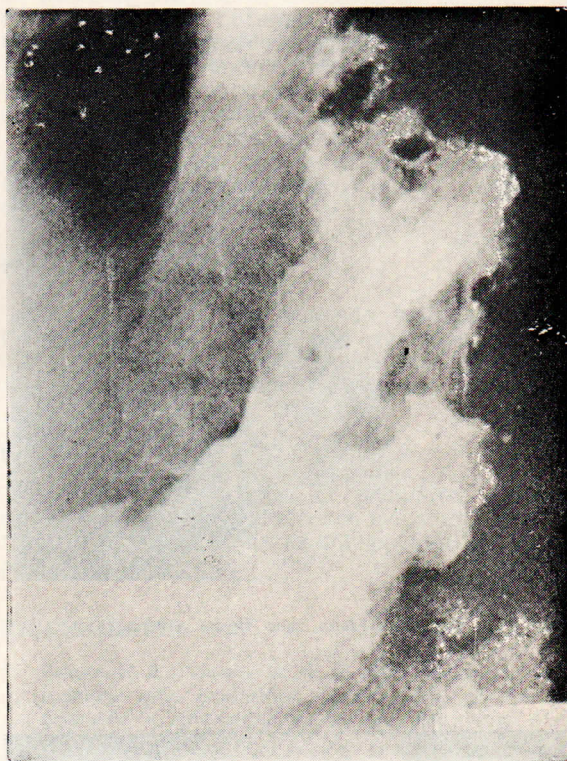


Fig. 3 - Aspecto similar, resaltando el engrosamiento y anarquía de pliegues, con gruesa imagen residual con aspecto de ulcus en cara posterior

Tránsito esofágico a radioscopia: sin particularidades.

En estómago se aprecia una marcada alteración de su morfología, que muestra múltiples imágenes de aspecto lacunar, de contorno irregular, más marcadas sobre gran curvatura y techo gástrico, como así también pliegues mucosos engrosados irregulares de aspecto bizarro (Figuras 1 y 2). Existe a nivel de cara posterior de estómago una gruesa imagen residual de aproximadamente 13 mm. de diámetro que impresiona como un grueso ulcus (Figs. 3, 4 y 5).

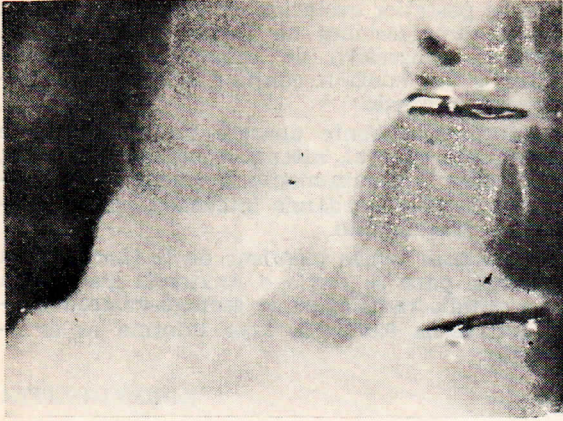


Fig. 4 - Incidencia focalizada del ulcus, con aspecto de proceso proliferativo ulcerado



Fig. 5 - Idem., que figura anterior

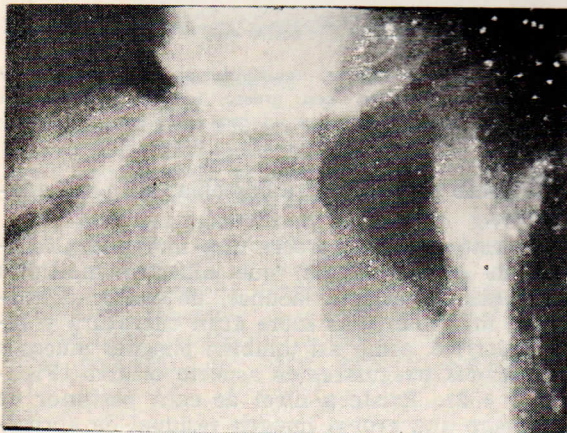


Fig. 6 - Colección gaseosa subdiafragmática. Neumoperitoneo

En suma: impresiona como proceso orgánico intrínseco vegetante, infiltrante y ulcerado de estómago.

Canal pilórico con imagen residual sobre vertiente externa sospechosa de ulcus (Fig. 2).

Bulbo y marco duodenal sin particularidades.

La paciente fue dada de alta inmediatamente de realizados los estudios paraclínicos, reingresando el 23/VII/79, con un toque muy importante de su estado general y cuadro agudo de abdomen comprobándose radiográficamente un neumoperitoneo gigante (Figs. 6 y 7), que motiva una laparotomía exploradora de urgencia, comprobándose una perforación gástrica a 12 cm., del piloro en la curvatura mayor sobre zona tumoral, de la cual se extraen múltiples tomas biopsias llevándose a cabo una gastrostomía con la paciente en estado crítico.

La evolución es desfavorable, falleciendo en estado caquético el 11/9/79.

La anatomía patológica de las muestras biopsicas del cuello y de los bordes de la perforación

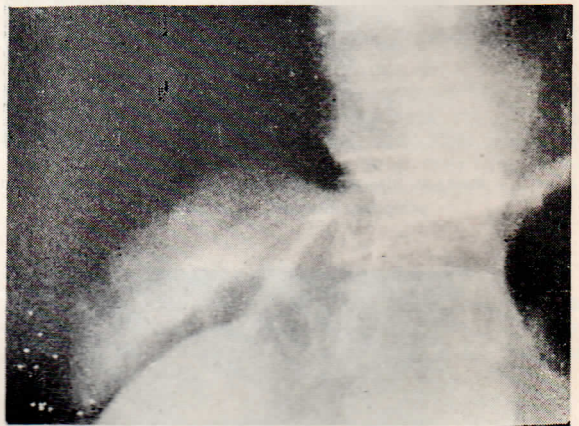


Fig. 7 - Idem que figura anterior

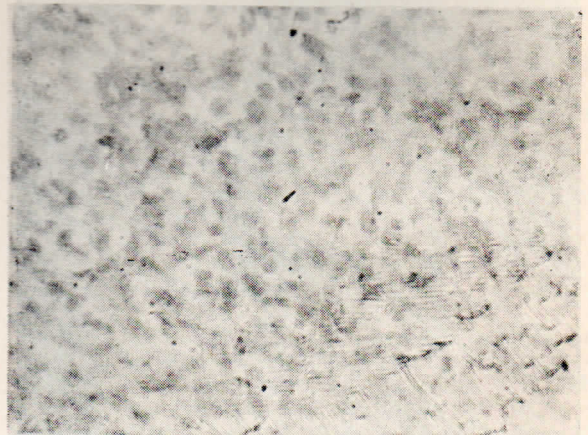


Fig. 8 - Aspecto con H. E. de células de la masa tumoral que recuerdan por su morfología y distribución a las células reticulares



Fig. 9 - Tinción de Wilder. Abundante producción de reticulina con aumento mediano

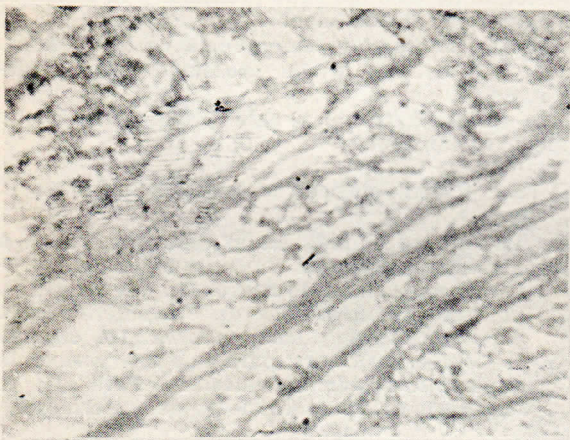


Fig. 10 - A gran aumento, fibras de reticulina que engloban las estructuras celulares expuestas en la figura 7

gástrica, informa una neoplasia maligna que por sus características histológicas e intensa producción de reticulina (detectada con la técnica de Wilder) plantea un linfoma no Hodgkiniano histiocítico primitivo de estómago (**reticulosarcoma**) (Figs. 8, 9 y 10).

### CONSIDERACIONES

Este argumento encuentra justificación en el hecho de su baja frecuencia como así también el de presentar características clínicas, problemas diagnósticos, de pronóstico y terapéutica particulares, siendo el fin de esta publicación realizar, una contribución y revisión de las carac-

terísticas anátomo-radiográficas de esta neoplasia, como asimismo destacar la atención e importancia del examen radiográfico que repropone el problema de la correlación anátomo-radiológica.

Es así que en 33 observaciones de Bergonzini, la concordancia entre los informes anátomo-patológicos y radiográficos fue absoluta en el 67 %, lo que demuestra que la radiología había reconocido en forma exacta las alteraciones anátomo-patológicas (infiltraciones, nódulos, infiltraciones, etc.), que fueron luego corroboradas en el acto operatorio.

Es importante el reconocimiento precoz radiográficamente de un linfoma digestivo, para lo cual es ideal el método de **doble contraste** que puede precisar con mayor detalle la presencia de procesos intrínsecos estomacales, teniendo en cuenta que los linfomas gástricos primitivos muestran una amplia radiosensibilidad y cuando son pasibles de tratamiento quirúrgico radical muestran una supervivencia a distancia de más de 5 años en aproximadamente un 70 %.

A propósito del tratamiento radiante, debe tenerse presente que por la extrema sensibilidad de la neoplasia representa un cierto peligro de complicación perforativa.

### RESUMEN

Observación de un caso de reticulosarcoma primitivo de estómago, con referencias a la casuística general y consideraciones relativas a su diagnóstico radiológico y anátomo-patológico.

### SUMMARY

Observation of a case of primitive stomach reticulosarcoma with reference to current casuistry, and analysis of its radiologic and anatomic pathologic diagnosis.

### BIBLIOGRAFIA

1. **Bergonzini R., Canossi G. C. y otros.** Le localizzazioni gastriche delle emoblastosi. Considerazioni cliniche, radiologiche e terapeutiche su 39 casi. *Rec. Progr. Med.* 29, 12-77, 1960.
2. **Friedman, A. I.** Primary limphosarcoma of the stomach. *Am. J. Med.*, 26:783, 1959.
3. **Kaufmann, E.** Trattato di Anatomia Patologica Speciale Volume I. Parte 2ª Francesco Vallardi Editore, 1961.
4. **Robbins, S. L.** Tratado de Patología. Tercera Edición. Interamericana, 1968.
5. **Smith, J. L. Jr., and Helwig, E. B.** Malignant lymphoma of the stomach; its diagnosis, distinction on biologic behaviour. *Am. J. Path.*, 34:553, 1956.
6. **Sutton, D., and Grainger, R. G.** A textbook of radiology, Churchill Livingstone. Edimburg, London and New York, 1975.
7. **Thorbjarnarson, B., Beal, J. M. y Pearce, J. M.** Primary malignant lymphoid tumors of the stomach. *Cancer*, 9:712, 1956.