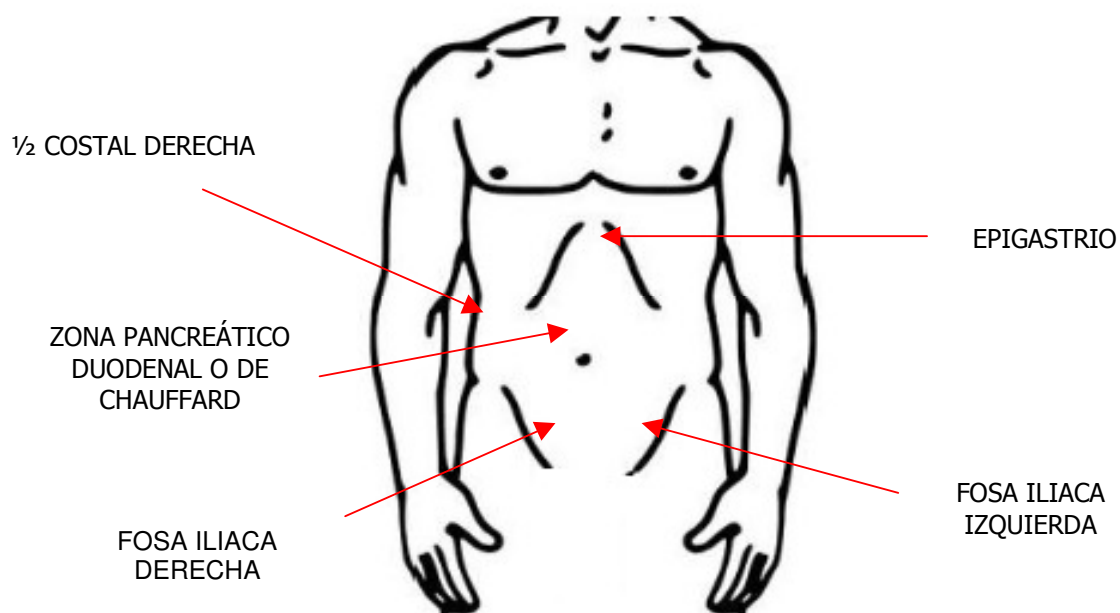
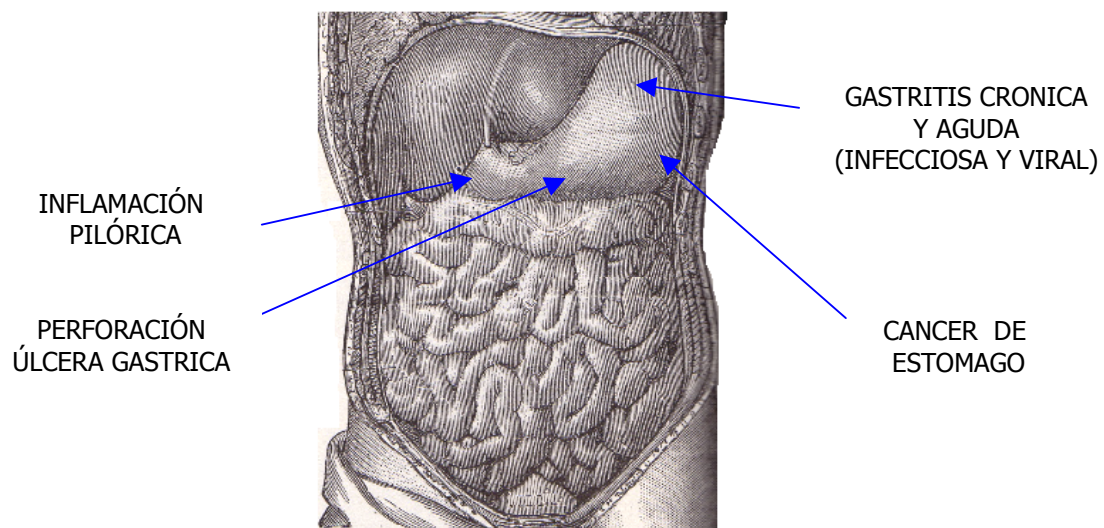

CANCER DE ESTOMAGO

ZONAS POR EXPLORAR



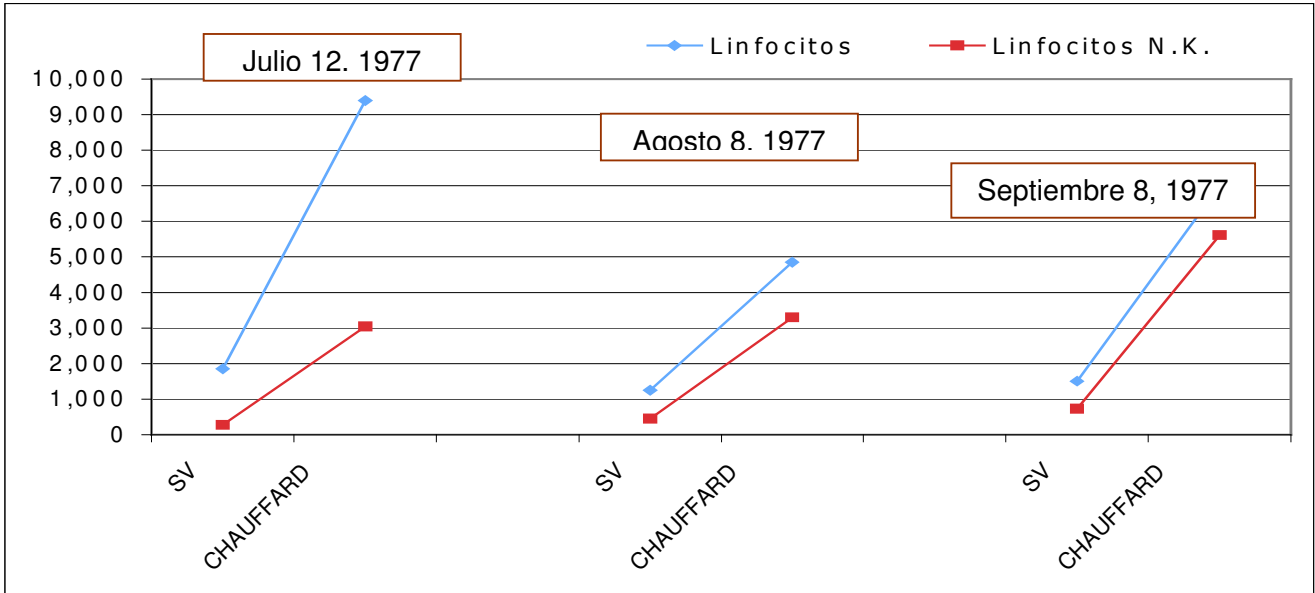
PATOLOGIA DE ESTOMAGO



CARCINOMA DE ESTOMAGO

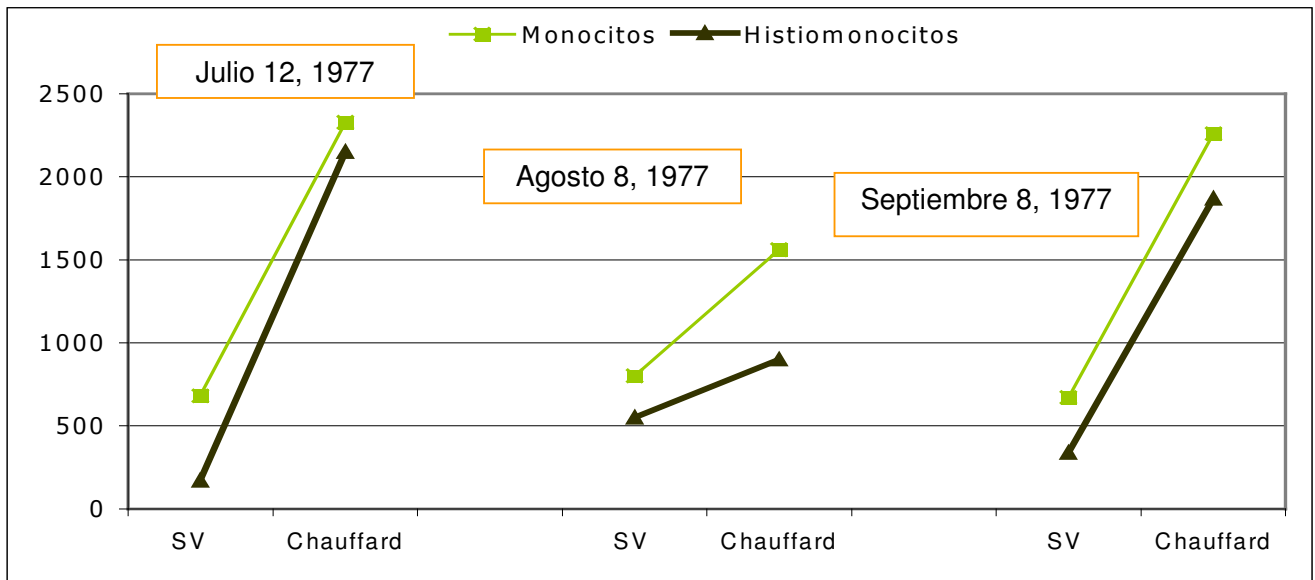
BIOTOPOGRAMA EVOLUTIVO DE LOS LINFOCITOS Y N.K. (AZURÓFILOS)

Sra. H.



Se observa condición defensiva linfática baja de la linfo-inmunitaria al proceso tumoral.

Sra. H.



Después de una mejoría transitoria vista en el segundo estudio se vuelve a las mismas condiciones de irritación conjuntiva en el examen efectuado 3 meses después.

CANCER GASTRICO

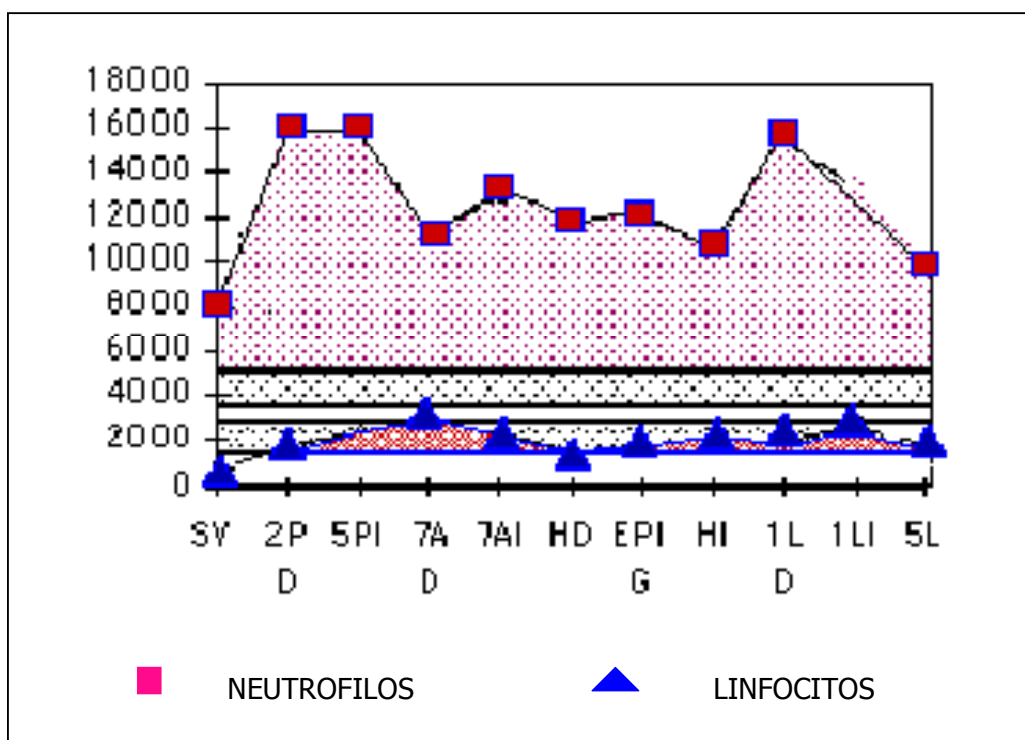
Paciente que es operado de urgencia por diagnóstico de vientre agudo en el Hospital General en Agosto de 1969. Se le encuentra carcinoma de estómago perforado a cavidad peritoneal así como metástasis pulmonar derecha y derrame pleural izquierdo.

En la Biometría Hemática hay acentuada neutrofilia acompañada de linfopenia y monopenia en función del grave estado toxinfecioso del paciente debido a la perforación gástrica. La localización tumoral en el pulmón derecho es marcada por la intensa monocitosis encontrada en ambas bases pulmonares.

Llama la atención el predominio de la monocitosis en la región precordial indicando la posibilidad de el proceso tumoral o infeccioso sobreagregado en pericardio, corazón, ganglios mediastinales y/o diafragma.

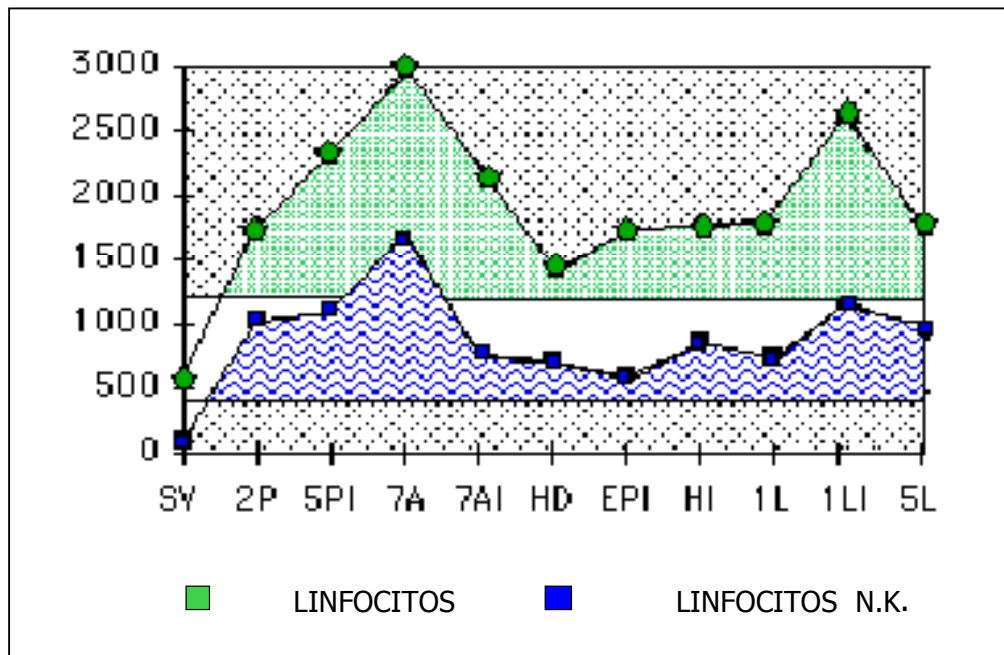
A continuación presentamos el estudio hematológico realizado cuatro días antes de la cirugía

Sr. R.L.



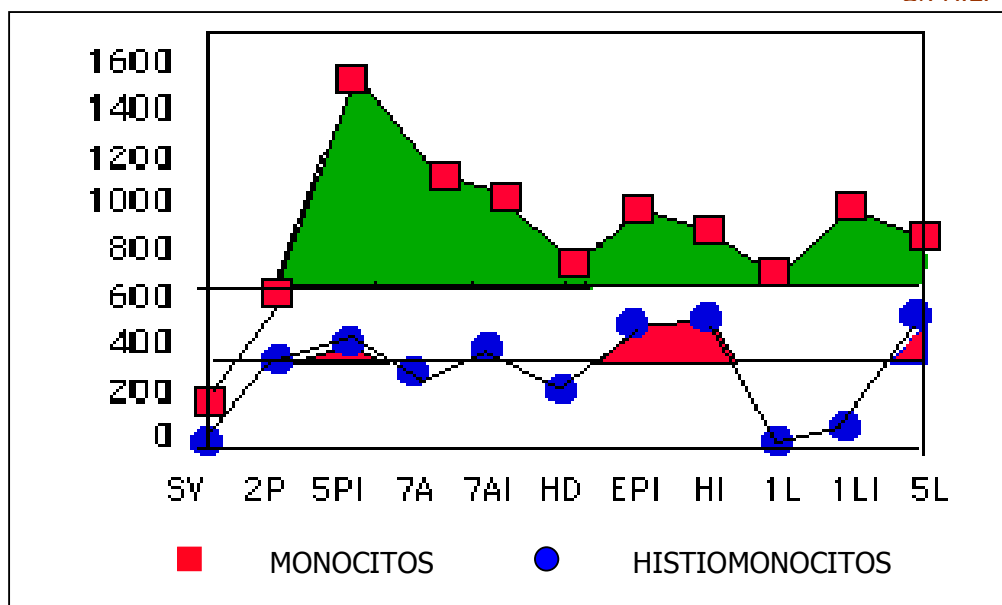
Se observa mayor neutrofilia en la zona de precordial derecha y el la 1ª. Lumbar derecha. La neutrofilia es de tipo generalizado en las tomas del Biotopograma.

Sr. R.L.



Linfopenia en sangre venosa se normaliza en todo el estudio.

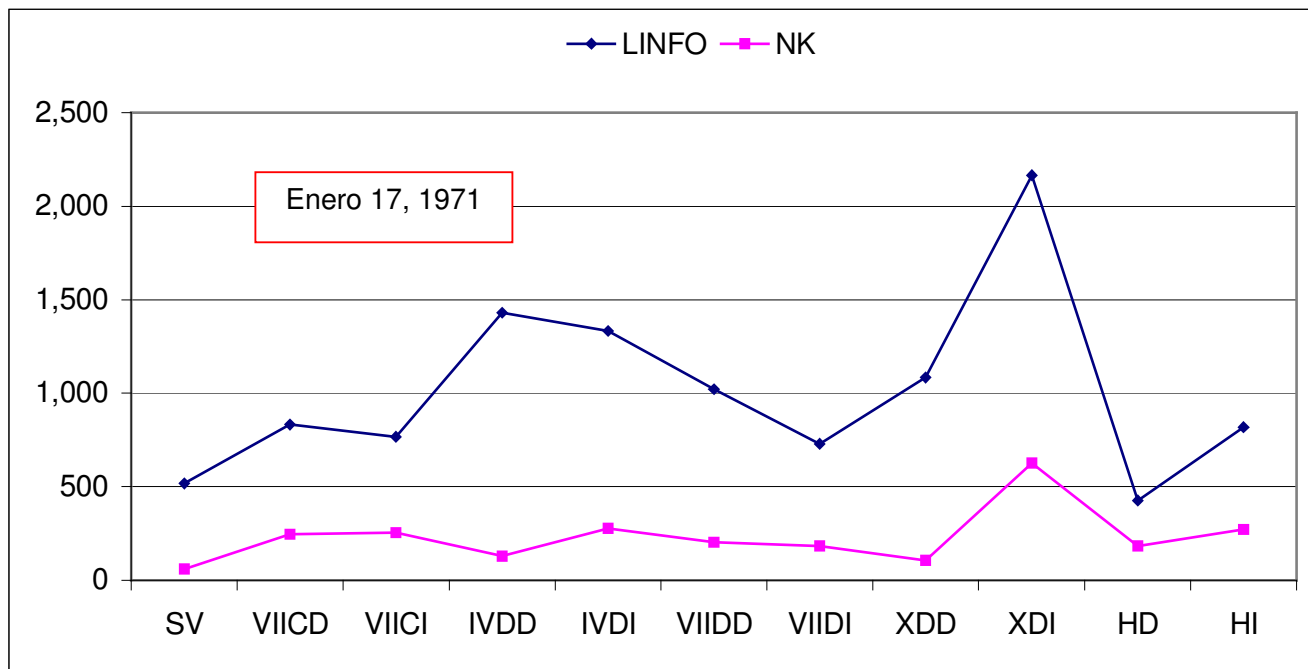
Sr. R.L.



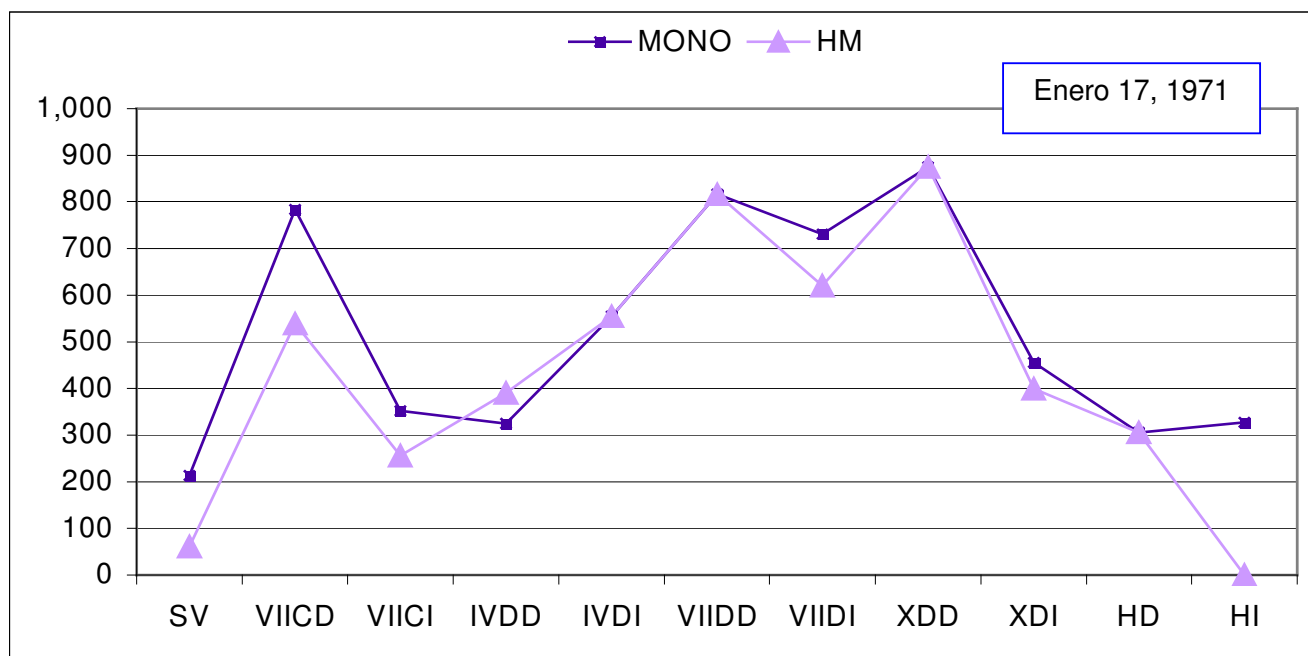
Obsérvese la elevada Monocitosis a nivel de 5PI y zonas pulmonares.

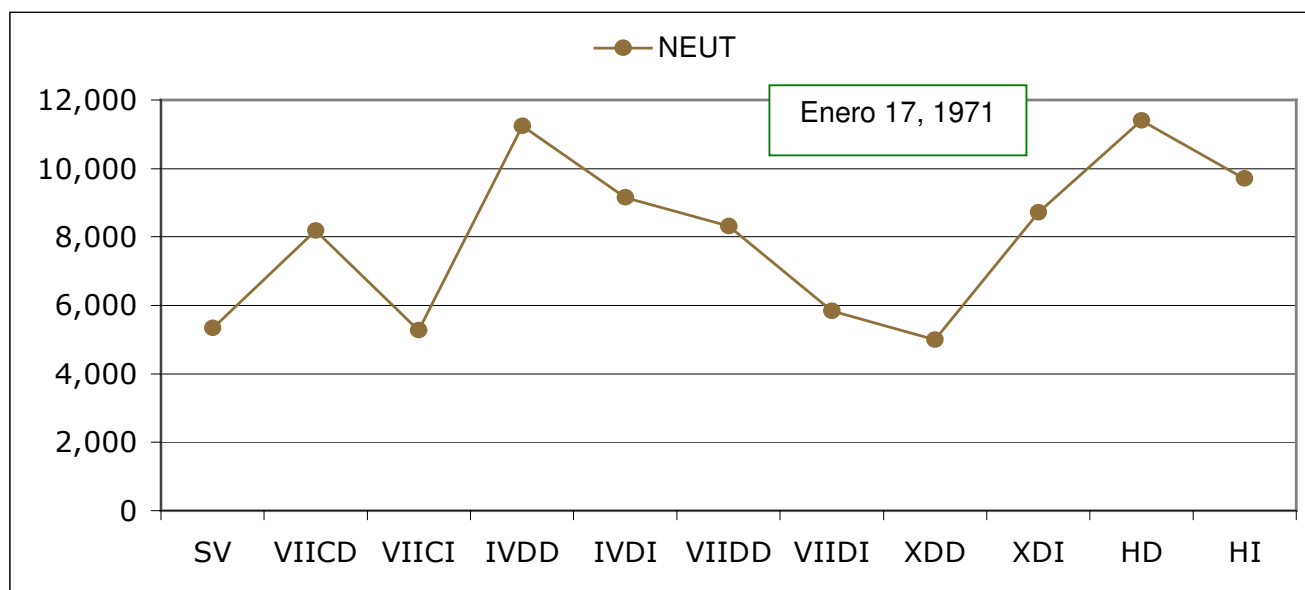
CANCER GASTRICO

Sra. E.L.L.



Sra. E.L.L.





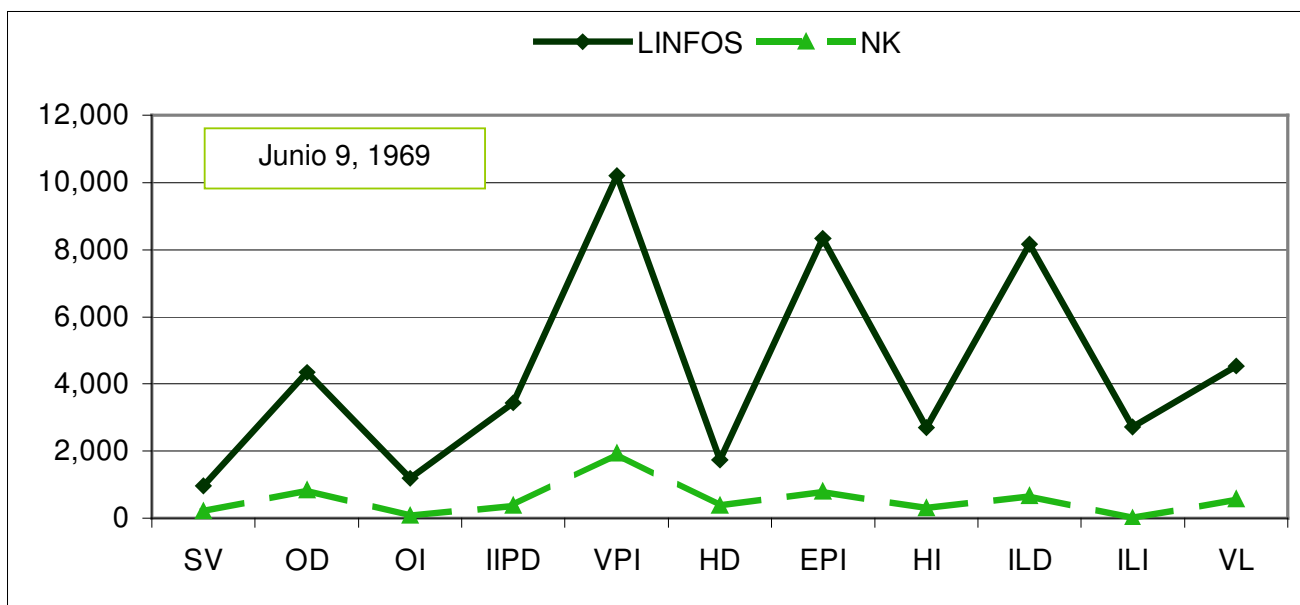
Las gráficas anteriores corresponden al estudio practicado a una paciente de sexo femenino y 50 años quien en Noviembre de 1969 presentó hematemesis abundante y un mes después epigastralgia crónica que aumentaba con los alimentos. En Enero de 1970 el dolor se hace mas intenso con pujo, disfagia progresiva hasta no poder deglutir, dolor retroesternal, sensación cuerpo extraño y regurgitación de alimentos acompañado de dolor en la columna dorso-lumbar, disnea progresiva, halitosis y pérdida de 33 Kg. de peso.

Ingresó al Hospital General de Salubridad en la Cd. de México el 15 de enero de 1971, presentando melena, parestesias en el muslo derecho y dolor a la palpación profunda de abdomen. A la exploración de abdomen, en las regiones de epigastrio e hipocondrio izquierdo, se detectó la existencia de tumoración sólida, desplazable y dolorosa. Se procedió a estudiarle de inmediato realizando un Biotopograma.

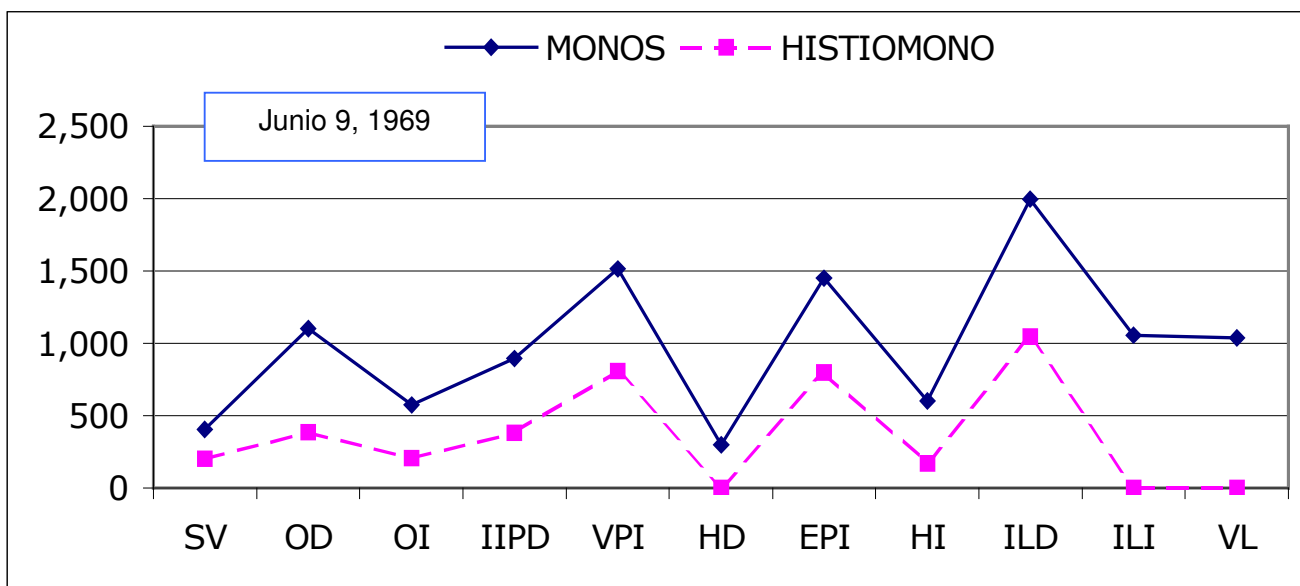
La respuesta linfocitos N.K., encontrada en el paciente en relación con el diagnóstico, indica la posibilidad de que el tumor gástrico se encuentre invadiendo la cara superior y posterior.

La presencia de ligera monocitosis en la toma de VII cervical derecha señala la posibilidad de metástasis en la columna vertebral a esa altura, la existente en las VII axilares, de metástasis pulmonares y la de XI dorsal derecha, la posibilidad de que el tumor gástrico se encuentre en su pared posterior.

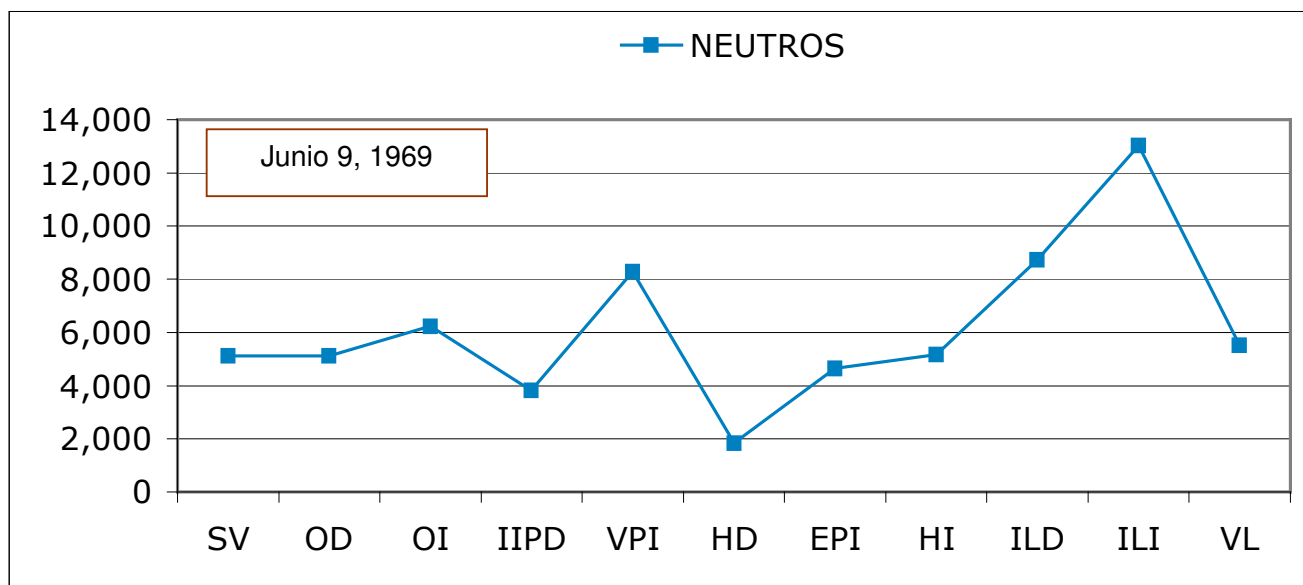
Hay solamente una ligera neutrofilia en las tomas de XI dorsal derecha e hipocondrio derecho, lo que puede sugerir que además del proceso tumoral proceso agudo en IV dorsal derecha (mediastino posterior) y en la zona hepática.



Existe muy acentuada linfocitosis en V paraesternal izquierda, epigastrio y I lumbar derecha.

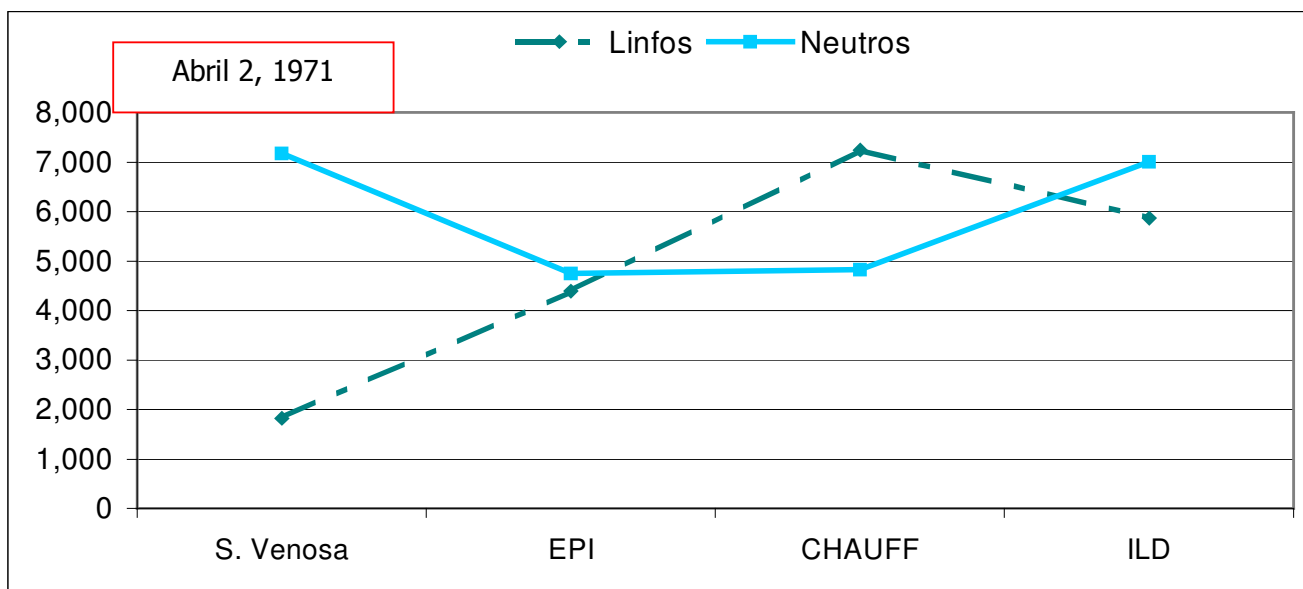


Se encontró monocitosis mediana en la toma de precordial izquierda, epigastrio y la I lumbar derecha. Su aumento en la región precordial puede indicar invasión hacia pleura, pulmones o corazón. La toma del epigastrio corresponde al estómago y la de I lumbar derecha puede marcar ataque a la cara gástrica posterior, a ganglios paravertebrales o al riñón derecho.

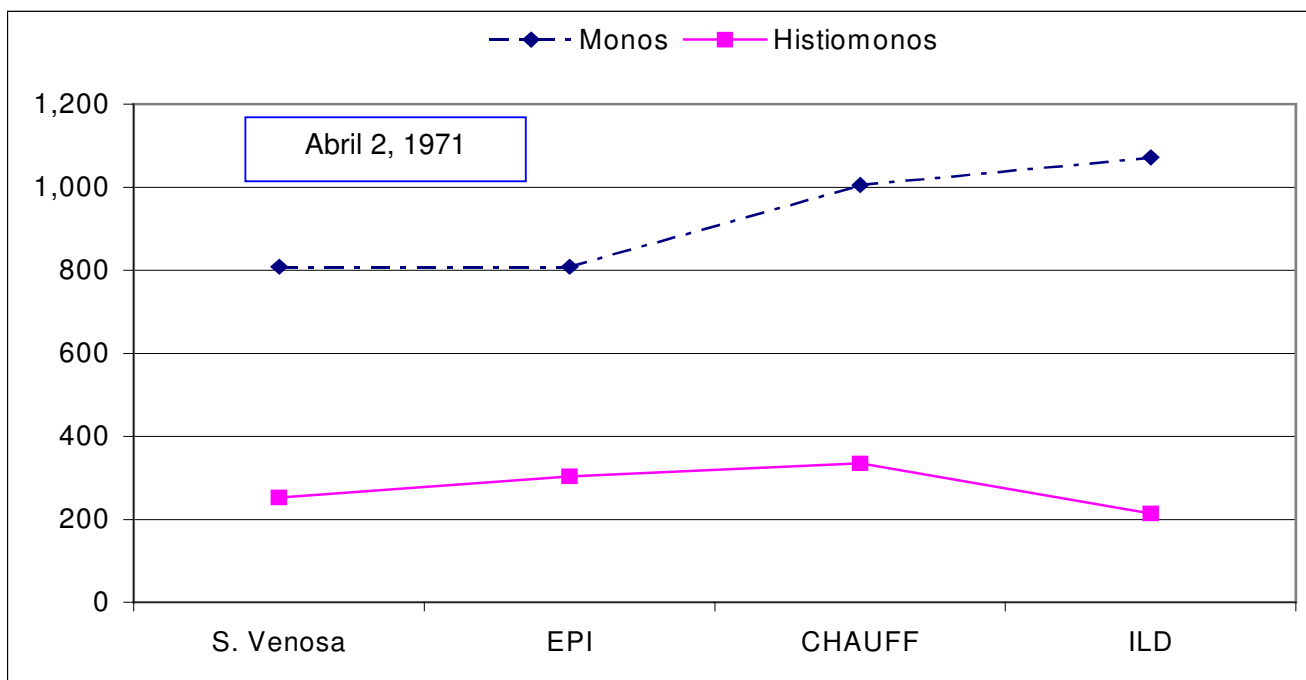


Únicamente se aprecia ligera neutrofilia en la toma de L lumbar izquierda, lo que es una indicación para revisar tanto la cara posterior del estómago, riñón y/o los ganglios paravertebrales.

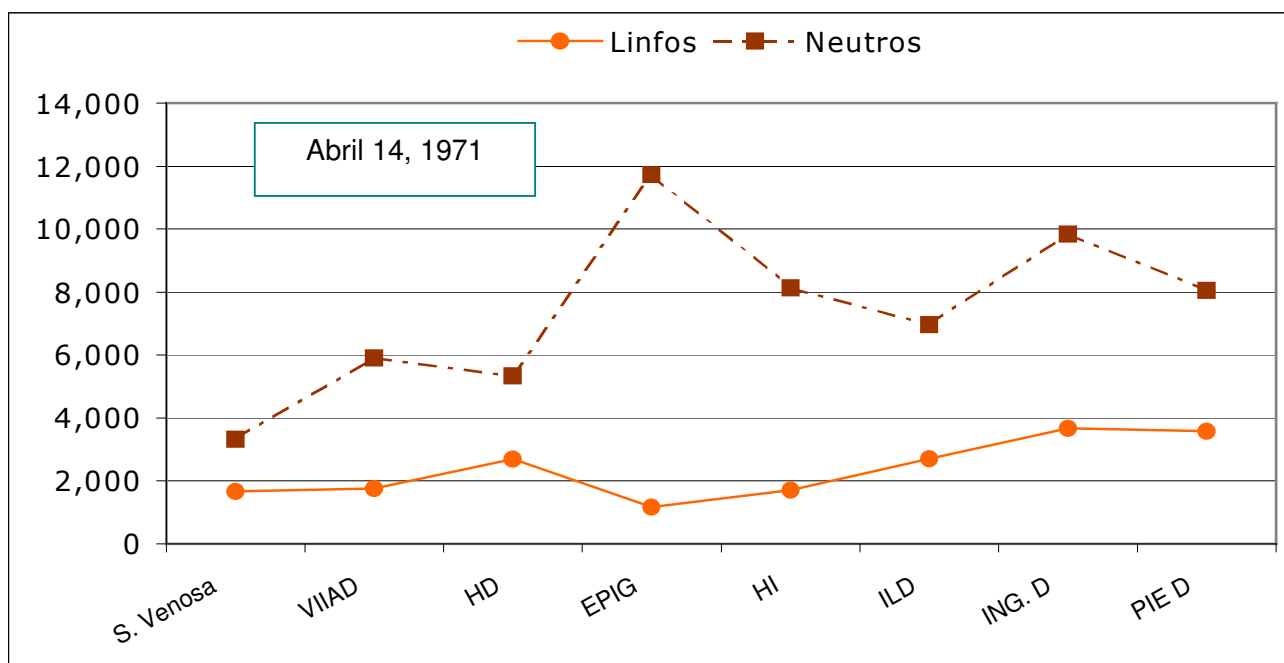
CANCER GASTRICO



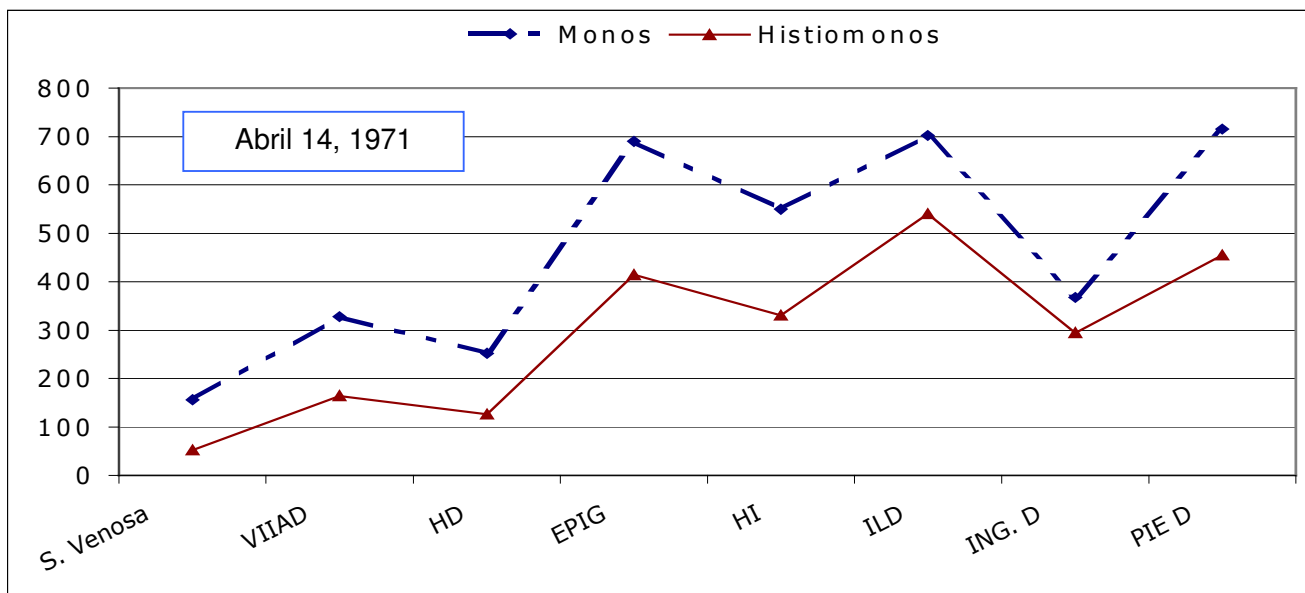
Hay entrecruzamiento de linfocitos con neutrófilos en el punto pancreáticoduodenal.



Monocitosis en la sangre venosa con ligero aumento en la zona de Chauffard y riñón derecho.

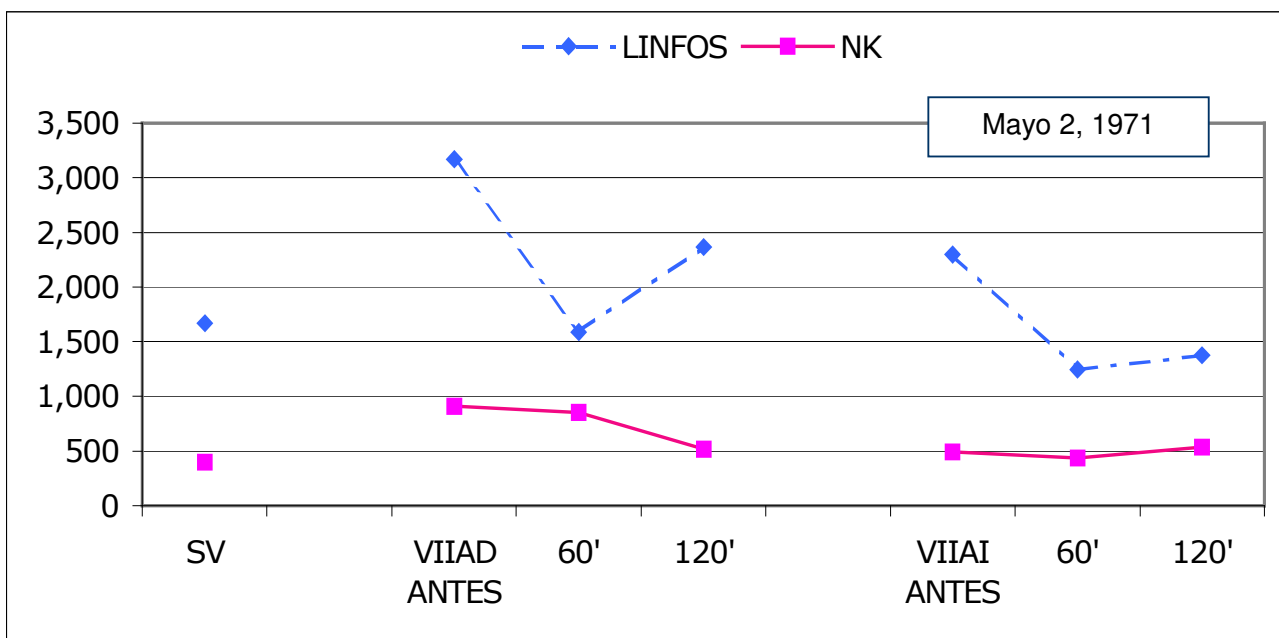


Hay discreta linfocitosis sin reacción de linfocitos N.K en la zona del epigastrio.

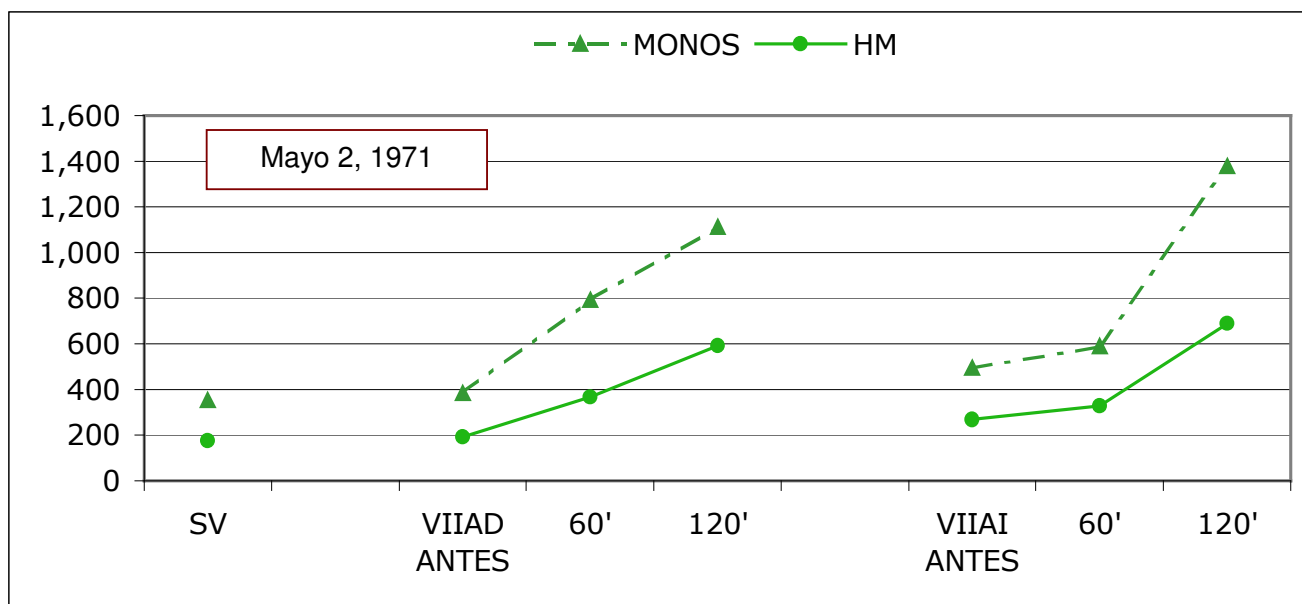


La aparente monopenia encontrada en la sangre venosa hace contraste con la discreta monocitosis vista en epigastrio, I lumbar derecha y pie derecho.

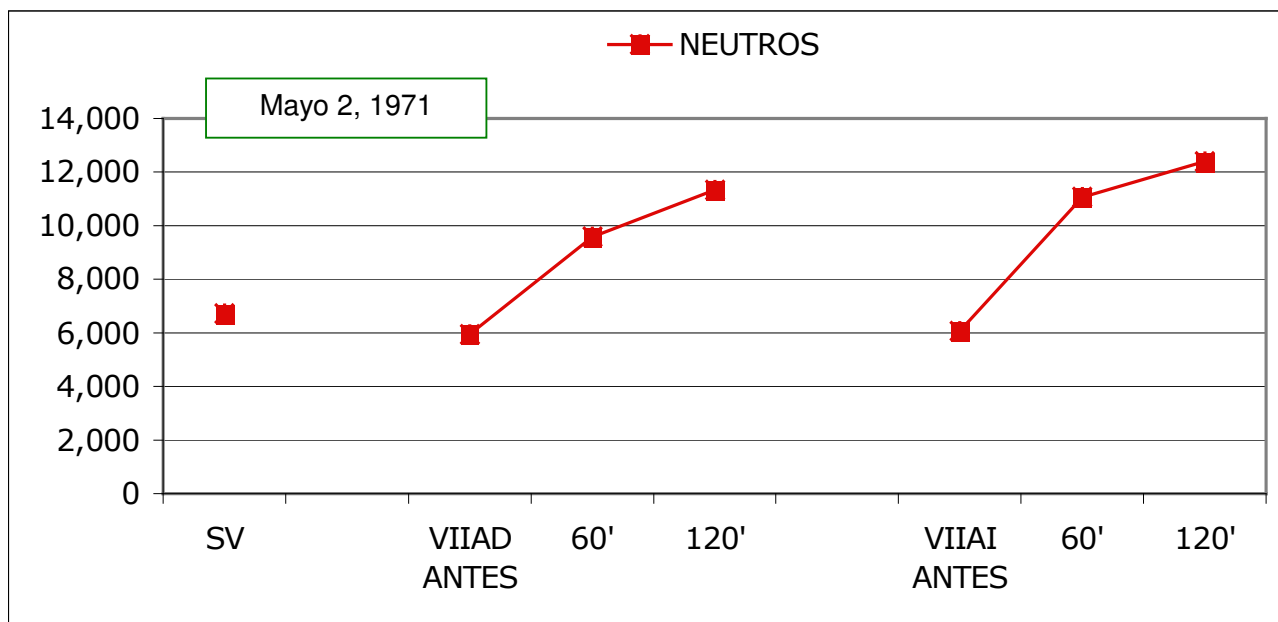
BIOTOPOGRAMA CON SOBRECARGA EN LAS BASES PULMONARES



El estrés causa aparente baja de los linfocitos con leves variaciones en los linfocitos N.K.



Hay un evidente aumento del número local en las tomas de ambas bases pulmonares de los monocitos a expensas fundamentalmente de los histiomonocitos.



El estrés determina discreta neutrofilia en ambas bases pulmonares lo que puede ser considerado como dato de infección aguda sobreagregada.

Los tumores metastásicos a la tiroides son rara vez vistos en la práctica clínica. El reporte de Yoshida Akira, describe un caso de metástasis de cáncer gástrico a la tiroides encontrado 5 años después de haber quitado la lesión gástrica primaria. El enfermo tenía una masa grande tiroidea que llegaba hasta el mediastino. La tiroidectomía subtotal señaló los mismo hallazgos que los vistos en el cáncer gástrico original. Después de la operación la paciente murió bruscamente.

Birouk N. y col. publican 2 casos. Uno de meningitis carcinomatosa difusa que se encontró junto con un adenocarcinoma infiltrante del estómago y en el segundo, ataque múltiple de los nervios craneanos consecutivos a un cáncer de la vesícula. El estudio del líquido cefalorraquídeo permite hacer el diagnóstico.

Medina-Franco H. y col. hablan de un caso de metástasis a tejidos blandos por cáncer gástrico. La búsqueda del tumor primario incluyó la tomografía computarizada del abdomen sin hallazgos relevantes y endoscopia que reveló una úlcera en el antro. La biopsia demostró carcinoma de células en anillo de sello.

La tomografía por emisión de positrones mostró enfermedad metastásica extensa. El cáncer gástrico metastatiza con poca frecuencia ya que la invasión de tejidos aledaños y la frecuente inanición del paciente con motivo de la marcada anorexia.

Kenzo Oba y col. presentan una mujer de 70 años con carcinoma gástrico que desarrollo metástasis múltiples en los músculos esqueléticos con inflamación de los ganglios supraclaviculares. Se le encontraron lesiones metastásicas, por tomografía axial computarizada, en cerebro, tórax y abdomen. La aspiración de las masas en los músculos lumbares y en los ganglios crecidos supraclaviculares mostraron células sugestivas de un adenocarcinoma poco diferenciado.

El crecimiento bilateral submaxilar en un paciente con carcinoma gástrico es estudiado por Kucan J.O. y Frank D.H. El paciente presentaba crecimiento bilateral submaxilar después de haberse sometido, 6 meses antes, a cirugía por un carcinoma gástrico.

Fueron estudiados por Lehnert T. y col. 16 especímenes de tejido de la mucosa y submucosa gástrica obtenidos por medio endoscópico y quirúrgico, utilizando microscopía de luz y electrónica de transmisión para analizar el papel de los capilares linfáticos y de la sangre en la distribución de metástasis tempranas del carcinoma gástrico

Miyashita M. y col. hablan de un paciente de 52 años con nódulos cutáneos múltiples en cara, tronco y extremidades superiores. el examen del espécimen de la biopsia de piel mostró numerosas células en anillo de sello a través de toda la piel. el examen histológico del estómago junto con la gastroscopía revelaron que las metástasis cutáneas eran de origen gástrico. Las lesiones metastásicas encontradas en la piel del hombro y dorso del paciente crecieron relativamente rápido, asemejando lesiones erisipeloides seguidas de masas tumorales grandes y prominentes.

BIBLIOGRAFÍA CANCER DE ESTÓMAGO

Yoshida Akira, Imamura Akira, Tanaka Hideyuki, Hirano Minoru, Kamma Hiroshi, Ueno Ei, Ushio Hiroki, Aiyoshi Yuji and Soeda Shugo.
A case of metastasis from gastric cancer to the thyroid gland.
Surgery Today Vol.19, 4. Jul. 1989.

Birouk N., Zemrag S. and Benomar A
Carcinomatous meningitis as the first manifestation of digestive tract cancer. Two case reports with a review of the literature.
La Semaine des hôpitaux de Paris. Vol. 69, 18; 541-544.1993.

Funke I, Fries S, Rolle M, Heiss MM, Untch M, Bohmert H, Schildberg FW, Jauch KW.
Comparative analyses of bone marrow micrometastases in breast and gastric cancer.
Int J Cancer. Vol. 65, 6; 755-61. Mar 1996

Medina-Franco H., Abarca-Pérez L., Ortiz-López L. J. e Hinojosa-Becerril C.
Presentación de cáncer gástrico como tumor de tejidos blandos
Rev Gastroenterol Mex. Vol. 71, 3. 2006.

Kenzo Oba, Ito Tami, Nakatani Chizuko, Okamura Kojiro, Yamaguchi Hiroshi, Ajiro Yumiko
Suzuki Tatsuya, Nakano Hiroshi, Metori Shohei, Kazufumi Sano, Hyakusoku Hiko and Yamada Nobutaka
An Elderly Patient with Gastric Carcinoma Developing Multiple Metastasis in Skeletal Muscle.
Journal of Nippon Medical School. Vol. 68, 3; 271-274. 2001.

Kucan J.O. and Frank D.H.,
Bilateral synchronous submandibular lumps in a patient with gastric carcinoma
Journal of Oral Pathology & Medicine Vol. 34,2; 127 – 128.

Lehnert T., Erlandson R.A., Decosse JJ.
Lymph and blood capillaries of the human gastric mucosa. A morphologic basis for metastasis in early gastric carcinoma.
Gastroenterology. Vol.89, 5; 939-50. Nov. 1985

Miyashita M., Honjo M. and Suzuki H.
A case of cutaneous metastases of gastric carcinoma showing peculiar clinical features.
J Dermatol. Vol.18, 10; 619-23. Oct.1991.

Seretan EL.
Metastatic adenocarcinoma from the stomach to the orbit.
Arch Ophthalmol. Vol. 99, 8; 1469. Ago. 1981.