

Adenocarcinoma gástrico metastásico como causa de coagulación intravascular diseminada (CID) refractaria. Una causa de nunca olvidar

» Mayra Alejandra Prada Serrano¹
» Diego Andrés Gómez Abreo¹
» Ana María Castellanos Mejía¹
» Edwin Abraham Medina Medina¹
» Pedro Joan Martín Ochoa¹

¹ Hospital Internacional de Colombia

Objetivo: reportar un caso de adenocarcinoma gástrico metastásico que debutó con coagulación intravascular diseminada refractaria.

Presentación del caso: paciente femenina de 54 años sin comorbilidades, ingresa por clínica de 15 días de equimosis espontánea en extremidades, pared abdominal, gingivorragia y hematuria macroscópica; niega síntomas adicionales. La exploración física muestra signos vitales normales, con múltiples sangrados mucocutáneos, sin presencia de adenopatías ni masas a la palpación. Se realizan los siguientes paraclínicos: Hemograma. hemoglobina: 12.5, VCM: 85.6, HCM: 27.5, leucocitos: 10200, neutrófilos: 7480, plaquetas: 28000. TP: 21.1, INR: 2.03, TPT: 35.5. Fibrinógeno: 50 mg/dl, creatinina: 0.64 mg/dl, albúmina: 4.09 gr/dl, bilirrubina total: 0.77, bilirrubina directa: 0.23, bilirrubina indirecta: 0.54, AST: 102.01, ALT: 69.38. Fosfatasa alcalina: 420 U/l, GGT: 36.26, LDH: 569, vitamina B12: 815, ácido fólico: 14.8, ecografía de abdomen total con hepatomegalia, con riñones normales sin litiasis renal, ESP sin presencia de esquistocitos.

Se realiza aspirado y biopsia de médula ósea, con citometría de flujo y mielograma con hematopoyesis de las líneas sin otras alteraciones. Con reporte de biopsia de médula ósea la cual evidencia adenocarcinoma metastásico con inmunoperfil sugestivo de origen gastroduodenal o pancreatobiliar (Figura 1). Se completa estadificación con PET scan que documenta la presencia de intensa captación de fluorodesoxiglucosa (FDG) en las paredes del cuerpo gástrico, adenopatías localizadas en el hilio esplénico, epigástricas, peripancreáticas, paraaórticas, retrocavas, mesentéricas, un patrón patológico de la captación y distribución de la FDG en el esqueleto axial y apendicular sugestiva de infiltración tumoral metastásica de la médula ósea (Figura 2). Se realiza endoscopia de vías

Autor para correspondencia: Mayra Alejandra Prada Serrano, Hospital Internacional de Colombia.

Correo electrónico: mpradaserrano@gmail.com

Sociedad Colombiana de Hematología y Oncología. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND. (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>)

digestivas altas encontrándose engrosamiento de las paredes gástricas con biopsia que confirma adenocarcinoma gástrico tubular pobremente diferenciado ulcerado, HER 2 negativo, estadio IVB con compromiso óseo y medular.

Durante la internación la paciente presenta altos requerimientos transfusionales de plaquetas, crioprecipitados, plasma. Se inicia manejo de soporte sin respuesta por lo que se inicia quimioterapia con capecitabina + oxaliplatino con mejoría de la coagulopatía y manifestaciones hemorrágicas (Tabla 1).

Conclusiones: la coagulación intravascular diseminada (CID) es un proceso patológico potencialmente fatal. Se conocen múltiples causas entre ellas sepsis, complicaciones obstétricas, causas vasculares y leucemias agudas (especialmente leucemia promielocítica aguda).

El cáncer gástrico que debuta inicialmente con CID es poco común, hay reportes de casos clínicos y estudios retrospectivos que describen este subgrupo específico de pacientes que difieren en la forma de presentación del cáncer gástrico típico, siendo el subgrupo que desarrolla CID mucho menos probable que presente síntomas digestivos y metástasis viscerales en el hígado y los pulmones, sin embargo, el cáncer es mucho más agresivo y los pacientes tienen peor pronóstico. La supervivencia aproximada es de 4 a 22 semanas aun con tratamiento; la mayoría de los casos notificados murieron por progresión de la enfermedad y desarrollaron nuevamente CID.

El control de las complicaciones hematológicas por CID se logra con quimioterapia. Hay discusión con respecto al mejor esquema de quimioterapia en estos pacientes, si bien la literatura es escasa, la mayoría de las revisiones al respecto consideran el uso de la combinación de fluoropirimidina y platino, siendo esta la quimioterapia más segura y eficaz debido a la rapidez de respuesta tumoral, seguida de la combinación de taxano y platino. Por lo tanto, se debe considerar el manejo temprano de la CID causada por compromiso metastásico de cáncer gástrico con quimioterapia para mejorar el pronóstico y la sobrevida.

Palabras Clave

Coagulación intravascular diseminada; adenocarcinoma gástrico metastásico; quimioterapia sistémica.

Figuras y tablas

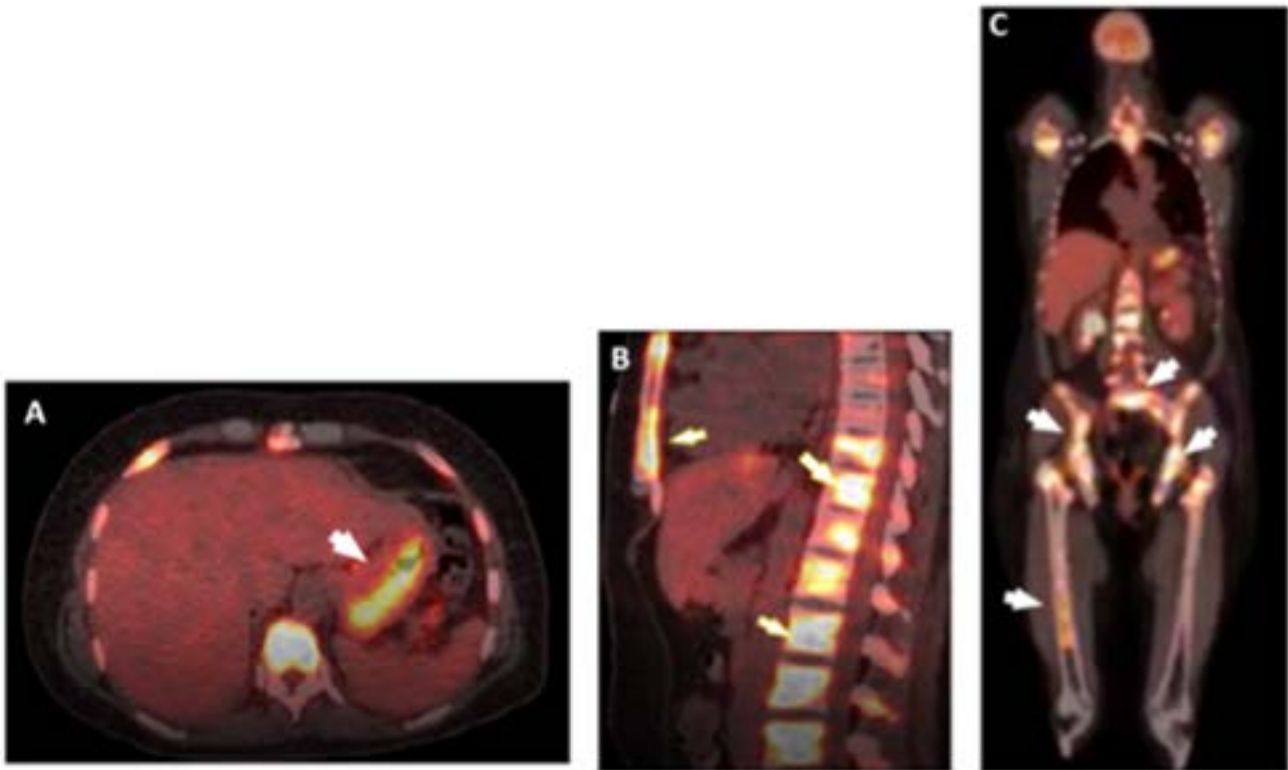


Imagen 2. PET CT. A. Se observa intensa captación de FDG en las paredes del cuerpo gástrico (Flechas blancas). B y C. Patrón patológico de la captación y distribución de la FDG en el esqueleto axial, parte del apendicular e hipercaptaciones focales e irregulares de radiotrazador sugestivo de infiltración tumoral metastásica de la médula ósea (Flechas blancas).

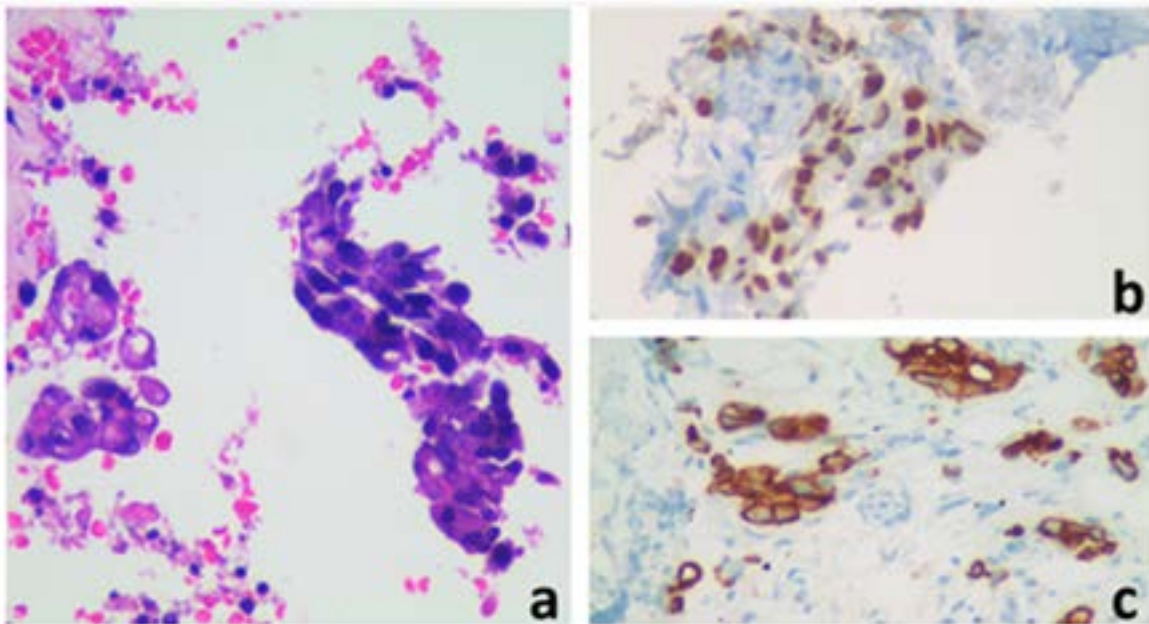


Imagen 1. a) Biopsia de médula ósea (Hematoxilina Eosina). Grupos de células epiteliales atípicas con moderado pleomorfismo nuclear y ocasionales células en anillo de sello (grupos de la izquierda). b) Inmunotinción CDX2. Tinción nuclear intensa en la totalidad de células neoplásicas. c) Inmunotinción citoqueratina 7. Expresión intensa de membrana circunferencial en la totalidad de células neoplásicas.



	Fibrinógeno	TP	TPT	INR	Conteo de plaquetas	Requerimiento de hemocomponentes
Ingreso	50	21,1	35,5	2	28.000	CP – PFC – PQ X2
Día 1	50	21	30,1	1,6	50.000	CP – PFC – PQ X2
Día 2	50	24,4	30,4	2,3	30.000	CP – PFC – PQ X2
Día 3	80	14,7	28,2	1,5	17.000	CP – PFC – PQ X2
Día 4	57	17,6	30	1,6	34.000	CP-PFC X 2
Día 5	156	29,6	30,4	1,2	37.000	NO
Día 6	108	12,4	26,2	1,1	45.000	CP
Día 7	148	12,8	26,2	1,1	49.000	NO
Día 8	127	13,7	25,5	1,1	35.000	NO
 Día 9	128	12,8	25,6	1,1	30.000	NO
Día 10	84	14,6	26,1	1,3	29.000	CP
Día 11	60	15,4	27,1	1,4	38.000	CP
Día 12	63	16,2	27,3	1,5	27.000	CP
Día 13	70	16,3	33	1,5	16.000	CP – PQ- PFC
Día 14	80	16,2	32,3	1,5	16000	CP – PQ - PFC
Día 15	104	15,4	31,4	1,4	6000	CP - PQ
 Día 16	85	19,1	30,3	1,8	25.000	CP
Día 17	77	21,5	31,3	2	15.000	CP - PFC
Día 18	103	15,5	31,3	1,5	22.00	CP
Día 19	71	16,3	27,3	1,6	27.000	CP
Día 20	85	17,1	25,6	1,6	28.000	CP
Día 21	105	14,9	25,6	1,6	32.000	NO
Día 22	115	15,2	25,6	1,4	34.000	NO
Día 23	123	14,5	23,6	1,3	42.000	NO
Día 24	120	14	23,8	1,3	42.000	NO
Día 25	118	13,4	22,8	1,2	45.000	NO
Día 26	127	13,5	23,3	1,2	57.000	NO
Día 27	146	13	22,1	1,2	61.000	NO

Tabla 1. Seguimiento de parámetros de laboratorio de CID durante la hospitalización.
Flecha verde: Inicio de heparina no fraccionada y ácido tranexámico como medida de manejo de CID sin observar mejoría. **Flecha naranja:** inicio de quimioterapia sistémica.
CP: crioprecipitados - **PFC:** Plasma fresco congelado - **PQ:** plaquetas.