

## Adenocarcinoma Metastásico de Amígdala de Primario Gástrico

Daniel Valdivia\*, Fernando Barreda\*\*, Henry Guerra\*\*\*

### RESUMEN

Reportamos el caso de una paciente mujer de 79 años, con historia de 1 año de enfermedad caracterizado por disfagia y tumoración en amígdala derecha y adenopatía cervical. Se le realiza biopsia de tumoración amigdalina que fue diagnosticada como Adenocarcinoma, realizándose posteriormente una gastroscopia encontrándose una lesión en cuerpo y antro con estudio histopatológico de Adenocarcinoma Tubular infiltrante moderadamente diferenciado. La paciente recibió posteriormente quimioterapia con 5FU. Presentamos el caso debido a lo inusual que es encontrar metástasis amigdalina, siendo ésta además la primera manifestación de un cáncer gástrico.

**PALABRAS CLAVES:** Metástasis amigdalina, cáncer gástrico, adenocarcinoma gástrico

*Rev. Gastroenterol. Perú; 2011; 31-3: 282-284*

### ABSTRACT

We report the case of a 79 years old female patient, with a one year history of dysphagia, presence of a tumor in the right palatine tonsil and cervical lymph node involvement. A biopsy of the palatine tonsil tumor informed as an adenocarcinoma was performed followed by a gastroscopy that reported a lesion in gastric body and antrum whose histological diagnosis was a moderately differentiated tubular adenocarcinoma. The patient received chemotherapy with 5FU. We present this case due to the unusual presentation of metastasis to the palatine tonsil and also for being the first manifestation of a gastric cancer.

**KEYWORDS:** Tonsillar metastasis, gastric cancer, gastric adenocarcinoma

### INTRODUCCIÓN

**L**as neoplasias de amígdala palatina corresponden principalmente a patología maligna primaria, siendo las metástasis raras. Se han descrito en la literatura alrededor de sólo 100 casos de metástasis correspondiendo a diversos orígenes, dentro de estos siendo muy raro el estómago. Reportamos el caso de una paciente con metástasis amigdalina así como una revisión de la literatura.

### PRESENTACIÓN DEL CASO

Se presenta el caso de una mujer de 79 años, natural y procedente de Huaral, de raza mestiza, sin antecedentes perso-

nales y familiares de importancia. La paciente cursa con un tiempo de enfermedad de un año, caracterizado por disfagia que se incrementa con el paso del tiempo presentando posteriormente sensación de bulto a nivel de orofaringe con crecimiento progresivo de éste.

Un mes antes del ingreso al INEN acude a un centro médico en la ciudad de Huaral donde evidencian ulceración a nivel de amígdala derecha realizándose cauterizaciones en repetidas oportunidades sin lograr cicatrización de la lesión. Se asocia crecimiento de adenopatía a nivel yugulo gástrico derecho no doloroso de consistencia dura y de 2cm, siendo por tal motivo derivada.

Al acudir a la Institución en el examen físico se evidenció la presencia de una lesión proliferativa de 3 cm con ne-

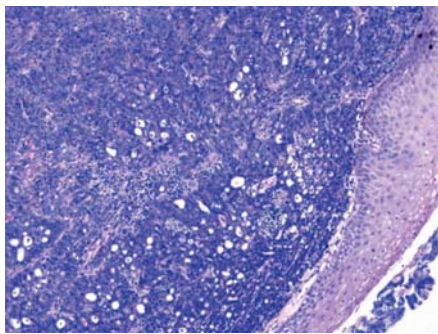
\* Médico Residente de Gastroenterología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza

\*\* Jefe del Servicio de Gastroenterología del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas

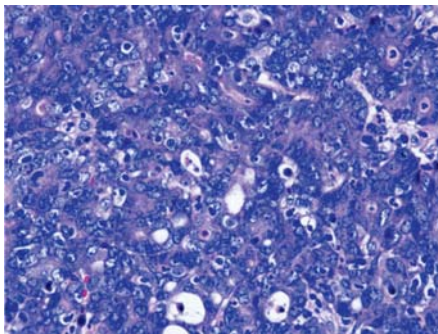
\*\*\* Médico Asistente del Servicio de Anatomía Patológica del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas

crisis periférica que reemplaza casi en su totalidad la amígdala derecha, pero sin infiltrar sus pilares más la presencia de la adenopatía antes descrita. Con funciones vitales estables, el resto del examen no fue contributivo.

Los exámenes auxiliares fueron: leucocitos: 8660, hemoglobina: 11.1, plaquetas: 477000, VCM: 88, HCM: 28, TP: 12.4, albúmina: 2.4, LDH: 1288. Se le realiza biopsia de amígdala, se toman 5 fragmentos el mayor de 0.5 cm con diagnóstico de Adenocarcinoma (Figura 1 y 2). Con estos hallazgos se procedió a realizar una TAC abdomino pélvica, encontrándose engrosamiento circunferencial de las paredes del estómago con compromiso regional ganglionar, metástasis suprarrenal y a nivel de la pared anterior del abdomen.



**Figura 1.-** Biopsia de Amígdala. 100x Coloración HE. Se aprecia epitelio escamoso no tumoral normal, y lesión constituida por epitelio glandular atípico con arreglo predominantemente sólido y aisladas estructuras tubulares.

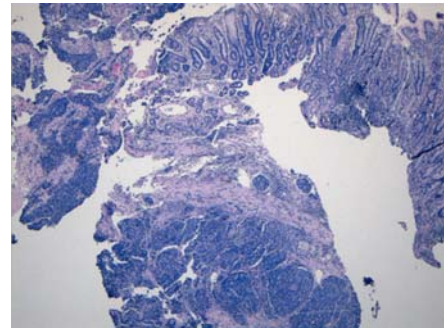


**Figura 2.-** Biopsia de Amígdala. 400x Coloración HE. Detalle del tumor, las células presentan pleomorfismo nuclear, con bordes irregulares, picnosis, nucléolos prominentes y figuras mitóticas.

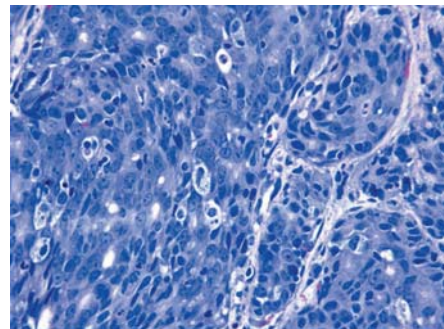
Se realiza una endoscopia digestiva alta evidenciándose a nivel de tercio medio del cuerpo una lesión ulcerada e infiltrante que comprometía la curvatura menor y ambas caras con extensión de manera anular del antro compatible con un cáncer gástrico Borrmann III (Figura 3), se toman múltiples biopsias confirmándose el diagnóstico de Adenocarcinoma tubular infiltrante moderadamente diferenciado (Figura 4 y 5). Con el diagnóstico de Cáncer Gástrico EC IV la paciente inicia quimioterapia con 5FU recibiendo 2 ciclos hasta el momento.



**Figura 3.-** Mediante la gastroscopia se evidenció a nivel de tercio medio de cuerpo el borde apical de una lesión ulcerada e infiltrante que comprometía la curvatura menor y ambas caras con extensión de manera anular de antro.



**Figura 4.-** Biopsia gástrica. 40x Coloración HE. Se aprecia a nivel superior área de mucosa gástrica no tumoral con infiltrado inflamatorio crónico y foco de metaplasia intestinal. En la parte inferior se aprecia proliferación glandular maligna. A nivel central se encuentran émbolos linfáticos tumorales.



**Figura 5.-** Biopsia gástrica. 400x Coloración HE. Carcinoma predominantemente sólido poco diferenciado con focos de diferenciación tubular. Los nucléolos son pleomórficos, presentan nucléolos prominentes.

## DISCUSIÓN

Las neoplasias malignas que comprometen las amígdalas palatinas son principalmente primarias y en su mayoría de tipo epidermoide. En el caso de metástasis es raro y generalmente es unilateral, sin embargo la literatura reporta compromiso bilateral en algunos casos. Las metástasis son provenientes de hipernefomas, melanomas, carcinomas de

pulmón, mama, y dentro del tracto digestivo estómago, hepatocarcinomas, colon y recto<sup>(1-6)</sup>.

Friedmann et al<sup>(4)</sup>, reportaron en una revisión de 71 casos de metástasis a cabeza y cuello, que sólo se halló un caso de metástasis a amígdala, proveniente de un cáncer gástrico. Yamaguchi et al<sup>(1)</sup> realizaron en el 2010, una revisión de 33 publicaciones de cáncer gástrico con metástasis a cabeza y cuello, encontrando un rango de edad de presentación de 42 a 88 años con una media de 62.4 años<sup>(1,5,9,10-13)</sup>.

Se revisó 28 casos que contaban con diagnóstico histopatológico, donde 9 (32.1%) fueron adenocarcinomas bien a moderadamente diferenciados y 19(67.9%) adenocarcinomas pobremente diferenciados o no diferenciados, o carcinoma de células en anillo de sello<sup>(1,2)</sup>

Las teorías actuales proponen como vías de diseminación de un tumor gástrico hacia las amígdalas las siguientes:

vía hematológica, vía linfática, metástasis vía plexo paravertebral, invasión directa de ganglios cercanos comprometidos, y por implantación directa tras regurgitación del contenido gástrico. En la mayoría de los casos la diseminación sería explicada por vía hematológica. Para la metástasis linfática puede ocurrir metástasis retrógrada del conducto torácico vía ganglios cervicales<sup>(1,2,3,5,6,7)</sup>.

Finalmente, en el caso que presentamos postulamos que la vía de diseminación fue probablemente linfática, debido al compromiso de vasos linfáticos por émbolos tumorales evidenciado en las muestras histopatológicas.

#### Correspondencia:

Daniel Valdivia Leonardo

E-mail: daniel\_vl82@hotmail.com

#### REFERENCIAS

1. YAMAGUCHI E, UCHIDA M, MAKINO, TACHIBANA M, SATO T, YAMAMOTO Y, KAWASHIMA K, ARAKI A, MARUYAMA R. Tonsillar metástasis of gastric cancer. *Clin J Gastroenterol*. 2010, 3:289-295
2. SAINT-GERONS S, CATON B, ANDA JM. Metástasis en la amígdala palatina como primera manifestación de un adenocarcinoma gástrico. *Acta Otorrinolaringol Esp*. 2005, 56:439-440
3. VÁSQUEZ F, CERVERA F. Metástasis amigdalina de un sarcoma óseo indiferenciado. *ORL-DIPS* 2005;32(4):216-219
4. FRIEDMANN I, OSBORN DA. Metastatic tumours in the ear, nose and throat region. *J Laryngol Otol*. 1965; 79:576-91.
5. NAKAHARA K, MATSUO S, TAKEUCHI H, IKOMA H. A Case of Hepatocellular Carcinoma Metastasing to the Palatine Tonsil. *Yonago Acta medica* 1999;42:217-220
6. INOUE Y, JOHNO M, KAYASHIMA K, KAKO H, OGAWA M, ONO T. Metastatic skin cancer; a case with signet ring cell histology. *Br J Dermatol* 1996; 135(4):634-7.
7. VASILEVSKY CA, ABOU-KHALIL S, ROCHON L, FRENKIEL S, BLACK MJ. Carcinoma of the colon presenting as tonsillar metastasis. *J Otolaryngol* 1997; 26(5):325-6.
8. HURLSTONE DP, SANDERS DS, SMITH A, JONES RB, SLATER DN, BARDHAN KD. Tonsillar metastasis: A rare presentation of gastric carcinoma. *Eur J Surg Oncol* 2001; 27(3):328-30.
9. BENITO I, ALVAREZ-GAGO T, MORAIS D. Tonsillar metastasis from adenocarcinoma of the stomach. *J Laryngol Otol* 1996; 110:291-3.
10. PASSMORE AL, HUGH TB, COLEMAN MJ. Tonsillar metastases from adenocarcinomas of the stomach. *Aust N Z J Surg*. 1982; 52:371-2.
11. KADOWAKI K, IKOMA H. Metastatic carcinoma of the bilateral tonsils owing to gastric cancer: a case report. *Otologia Fukuoka*. 1990; 36:1144-6.
12. WATANABE T, SUKO T, MOGI G, ARITA K. Tonsillar metastasis from gastric cancer. *Stomato Pharyngol*. 1996; 8:391-4.
13. GHANNOUM JE, FREEDMANN PD. Signet-ring Cell (Mucin- Producing) adenocarcinomas of minor salivary glands. *Am J Surg Pathol* 2004; 28(1):89-93.
14. VARMA GN, WINSTON JS, HILL HC, GIBBS JS, PROULX GM, MCGRATH BE, et al. Unusual locations of involvement by malignancies: Case 3. Gastric signet ring carcinoma presenting as a diffuse thigh mass. *J Clin Oncol* 2003; 21(17):3371-3.
15. SHIMOYAMA S, SETO Y, AOKI F, OGAWA T, TOMA T, ENDO H, ITOUJI T, KAMINISHI M. Gastric cancer with metastasis to the gingiva. *J Gastroenterol Hepatol*. 2004; 19:831-5.
16. WAKASUGI S, KAGESHITA T, ONO T. Metastatic melanoma to the palatine tonsil with a favourable prognosis. *Br J Dermatol* 2001; 145(2):327-9.