ACCESO ABIERTO

Recibido: 18/05/26
Aceptado: 12/07/26
Publicado en línea: 24/07/26

ARTÍCULO ORIGINAL

Cáncer gástrico de inicio temprano en un adulto joven

Sara Juliana Pachón-Hernández[1,a], Luna Valentina Porras-González[1,a], Jady Vanessa Nova-Cañón[1,a], Lorena García-Agudelo[1,b]

[1] Hospital Regional de la Orinoquía, Yopal, Colombia.
[a] Médica.
[b] Máster en VIH.

Palabras clave:
cáncer gástrico; factores de riesgo; adulto joven; cirugía (fuente: DeCs-BIREME).

RESUMEN

El cáncer gástrico es una neoplasia que se presenta predominantemente en adultos mayores. Sin embargo, su aparición en pacientes jóvenes representa un desafío diagnóstico debido a la baja sospecha clínica inicial. Se presenta el caso de un hombre de 28 años con antecedente de consumo de alcohol, tabaco y sustancias psicoactivas. Clínicamente cursó con un cuadro caracterizado por una pérdida ponderal no intencionada de 20 kg en los últimos dos años, a lo cual se sobrepuso un cuadro agudo de 15 días de evolución consistente en dolor abdominal, melenas, mareo, cefalea y lipotimia. Los estudios de laboratorio evidenciaron anemia moderada microcítica hipocrómica. La esofagogastroduodenoscopia mostró una lesión tumoral ulcerada e infiltrante de aproximadamente 12 cm (Borrmann III). El estudio histopatológico e inmunohistoquímico confirmó un adenocarcinoma gástrico infiltrante. Tras la estadificación tomográfica (cT4a cN2 cM0, estadio III), fue remitido a un centro de mayor complejidad para manejo oncológico integral. Este caso resalta la necesidad de sospechar malignidad gástrica en adultos jóvenes con síntomas constitucionales y digestivos para asegurar un diagnóstico oportuno.

Early-onset gastric cancer in a young adult

Keywords:
stomach neoplasms; risk factors; young adult; surgery (source: MeSH-NLM).

ABSTRACT

Gastric cancer is a malignancy that predominantly affects older adults. However, its occurrence in younger patients poses a diagnostic challenge due to low initial clinical suspicion. We report the case of a 28-year-old man with a history of alcohol, tobacco, and psychoactive substance use. The patient presented with unintentional weight loss of 20 kg over the preceding two years, followed by a 15-day history of acute symptoms, including abdominal pain, melena, dizziness, headache, and presyncope. Laboratory tests revealed moderate microcytic hypochromic anemia. Esophagogastroduodenoscopy revealed an ulcerated, infiltrative tumor measuring approximately 12 cm (Borrmann type III). Histopathological and immunohistochemical examinations confirmed invasive gastric adenocarcinoma. After staging by computed tomography (cT4a cN2 cM0, stage III), the patient was referred to a tertiary care center for comprehensive oncologic management. This case highlights the importance of considering gastric malignancy in young adults presenting with constitutional and gastrointestinal symptoms to ensure timely diagnosis.

Citar como: Pachón-Hernández SJ, Porras-González LV, Nova-Cañón JV, García-Agudelo L . Cáncer gástrico de inicio temprano en un adulto joven. Rev Peru Cienc Salud. 2026;8(3). doi: https://doi.org/10.37711/rpcs.2026.8.3.3

Correspondencia:
Sara Juliana Pachón Hernández
spachonh@unal.edu.co

© El autor. Este es un artículo bajo la licencia de Creative Commons, CC-BY 4.0

INTRODUCCIÓN

El cáncer gástrico (CG) es una neoplasia epitelial maligna primaria originada en el estómago y constituye uno de los principales problemas de salud pública a nivel mundial [1]. Más del 95 % de los casos corresponden a adenocarcinomas, los cuales se clasifican principalmente según su localización anatómica y sus características histológicas en los tipos intestinal y difuso. Afecta a pacientes después de los 55 años. No obstante, se han registrado casos en personas menores de 50 años, y representa la quinta neoplasia más frecuente y la cuarta causa de muerte relacionada con cáncer [2-4]. Entre los factores de riesgo asociados al desarrollo de cáncer gástrico se encuentran la infección por *Helicobacter pylori*, el consumo elevado de alimentos ahumados, salados o encurtidos, el tabaquismo, el consumo de alcohol, la obesidad y determinados patrones dietarios caracterizados por una alta ingesta de alimentos ultraprocesados. Asimismo, se han descrito factores no modificables, como antecedentes familiares de cáncer gástrico y la presencia de variantes genéticas asociadas a síndromes hereditarios de predisposición al cáncer [3].

Los síntomas iniciales suelen ser inespecíficos y de aparición insidiosa, las manifestaciones clínicas más frecuentes incluyen pérdida de apetito, pérdida involuntaria de peso, dolor abdominal, náuseas, vómito, hematemesis, melena, sensación de plenitud posprandial temprana y síntomas dispépticos persistentes [5]. El estándar de oro para confirmar el diagnóstico es la esofagogastroduodenoscopia con biopsia. Una vez confirmado el diagnóstico, el siguiente paso es determinar qué tan avanzada está la enfermedad mediante estudios de extensión: tomografía computarizada en tórax, abdomen y pelvis con contraste para visualizar la carga tumoral; PET/TC con FDG para detectar enfermedad localmente avanzada o metástasis a distancia; ultrasonido endoscópico para diferenciar entre estadios tempranos y localmente avanzados; y laparoscopia diagnóstica para evaluar la posible diseminación peritoneal en pacientes que son candidatos a una cirugía [2].

El tratamiento del cáncer gástrico depende del estadio clínico al momento del diagnóstico. En pacientes con enfermedad localizada y potencialmente resecable, la cirugía constituye la piedra angular del tratamiento, complementada en muchos casos con quimioterapia perioperatoria o adyuvante para disminuir el riesgo de recurrencia y mejorar la supervivencia global. En estadios avanzados, el manejo requiere un enfoque multidisciplinario que puede incluir quimioterapia sistémica, inmunoterapia y terapias dirigidas según las características moleculares del tumor [6]. El objetivo del presente artículo fue describir a un paciente joven con cáncer gástrico avanzado, enfatizando en su abordaje diagnóstico, sus características histopatológicas, su estadificación inicial y la importancia de la remisión oportuna para manejo oncológico integral.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino de 28 años, con antecedente de consumo de alcohol, tabaco y sustancias psicoactivas. Con cuadro de 15 días de dolor abdominal, melena, mareo, cefalea y lipotimia. Adicionalmente, refirió pérdida de peso no intencionada superior a 20 kg en dos años. Se indagó sobre antecedentes familiares de neoplasias gastrointestinales y síndromes hereditarios (como cáncer gástrico o síndrome de Lynch), los cuales fueron negados por el paciente. Al ingreso presentaba los siguientes signos vitales: frecuencia cardiaca de 80 lpm, frecuencia respiratoria de 20 rpm, presión arterial de 120/80 mmHg, temperatura de 36 °C, peso de 60 kg, talla de 160 cm, IMC de 23.44 kg/m² y peso normal. Al examen físico se encontró con palidez mucocutánea, dolor a la palpación en hemiabdomen superior, sin masas palpables y el resto de la exploración física sin otros hallazgos.

Se consideró ingresar al paciente, se le ordenó la toma de analítica sanguínea e imágenes, se le preparó para esofagogastroduodenoscopia y se le indicaron analgésicos y fluidos endovenosos. Los estudios revelaron hemoglobina de 9.5 g/dL, hematocrito de 31.5 %, volumen corpuscular medio de 79.4 fL y hemoglobina corpuscular media de 24 pg, con resultado de anemia moderada microcítica hipocrómica. Las pruebas serológicas para VIH y sífilis resultaron negativas. La ecografía abdominal informó engrosamiento segmentario de pared gástrica asociado a adenopatías locorregionales sospechosas.

La esofagogastroduodenoscopia mostró una lesión tumoral ulcerada, infiltrante, con diámetro aproximado de 12 cm, que se extendía desde la pared posterior del cuerpo gástrico proximal hasta el antro distal. El diagnóstico endoscópico fue cáncer gástrico avanzado tipo Borrmann III. Se tomaron biopsias de la lesión, la cual reportó infiltración difusa por células atípicas de escaso citoplasma de apariencia linfoide. Durante el estudio histopatológico de la mucosa gástrica no se identificaron bacilos compatibles con *Helicobacter pylori* mediante tinciones especiales (Giemsa), ni se contó con serología o prueba rápida de ureasa previa. El estudio inmunohistoquímico confirmó el diagnóstico de adenocarcinoma gástrico infiltrante y ulcerado, mostrando positividad

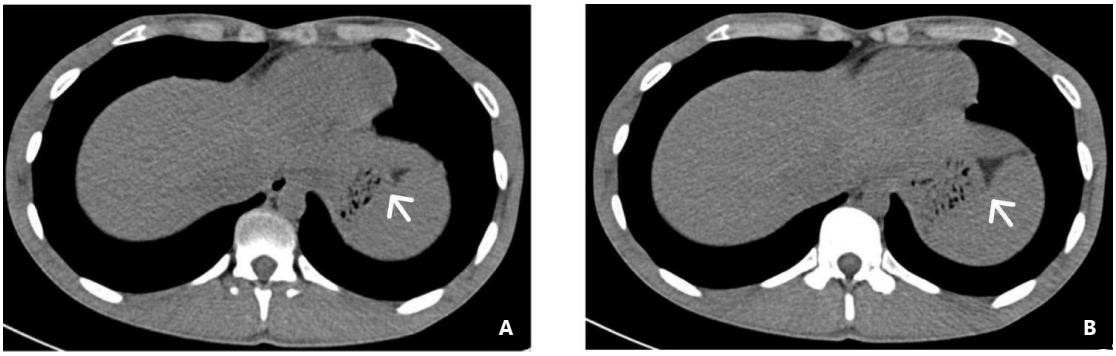


Figura 1. TC de abdomen con contraste: **A:** muestra un corte axial a nivel de epigastrio superior. Se identifica una marcada asimetría en la pared gastrointestinal, específicamente a nivel de la unión esofagogástrica y el fundus gástrico. El estómago se encuentra distendido con contenido líquido y aéreo. **B:** se observa engrosamiento parietal difuso y heterogéneo de la pared del estómago, hallazgo sugestivo de infiltración neoplásica

para AE1/AE3 (confirmando el origen epitelial y descartando neoplasia hematolinfoide primaria, dada la morfología inicial de apariencia linfoide), positividad para CK7 (coherente con el perfil citoqueratínico del tracto gastrointestinal superior) y un índice de proliferación celular elevado por Ki-67 (clon 30-9) superior al 60 %, lo que evidenció una alta fracción proliferativa y comportamiento biológico agresivo.

Ante los resultados histopatológicos, se prescribió la realización de estudios de extensión mediante tomografía computarizada de tórax, abdomen y pelvis contrastada para estadificación y definición de conducta terapéutica. Estos exámenes describieron lo siguiente: tomografía axial computarizada (TC) de tórax con granuloma calcificado residual en lóbulo superior izquierdo sin metástasis pleuropulmonares. La TC de abdomen y pelvis con contraste (ver Figura 1) evidenció un engrosamiento concéntrico y marcado de la pared gástrica en cuerpo y antro con pérdida de los planos grasos perigástricos (sugestivo de invasión de la serosa), acompañado de múltiples adenopatías locorregionales en la curvatura menor y cadena perigástrica (al menos cuatro adenopatías con eje menor > 10 mm), sin evidencia de metástasis hepáticas ni ascitis. Con base en estos hallazgos, se estableció una estadificación clínica preliminar cT4a cN2 cM0 (estadio clínico III), según la clasificación AJCC/UICC (8.ª edición). Debido a la complejidad del caso, se ordenó la remisión a una institución de mayor complejidad con disponibilidad de cirugía oncológica, donde inició el esquema de quimioterapia neoadyuvante sistémica, con esquema FLOT (5-fluorouracilo, leucovorina, oxaliplatino y docetaxel) durante tres meses, previos a realizar el manejo quirúrgico (gastrectomía radical), y posteriormente debe continuar con quimioterapia adyuvante postoperatoria. Actualmente se encuentra recibiendo esquema FLOT.

Consentimiento informado

Se obtuvo el consentimiento informado por escrito, libre, previo y voluntario por parte del paciente tras una explicación detallada de los objetivos académicos del reporte, garantizando la confidencialidad, el anonimato y la protección integral de sus datos personales e imágenes clínicas, de acuerdo con la Resolución N.° 008430 de 1993 y los principios de la Declaración de Helsinki.

DISCUSIÓN

Aunque la incidencia mundial del cáncer gástrico ha disminuido en las últimas décadas debido a mejoras en las condiciones sanitarias, los programas de detección temprana y las estrategias de erradicación de *Helicobacter pylori*, continúa siendo una de las principales causas de morbimortalidad por cáncer a nivel mundial. Las tasas más elevadas se registran en Asia Oriental, Europa del Este, Centroamérica y Sudamérica [4]. En Colombia, según GLOBOCAN 2022 [5], el cáncer gástrico ocupa el tercer lugar en incidencia entre los hombres, el quinto entre las mujeres y el cuarto lugar considerando ambos sexos. Se ha catalogado como una patología propia de la población geriátrica [6,7]. La principal particularidad del presente caso es la aparición de un adenocarcinoma avanzado en un varón de apenas 28 años. Este hallazgo se alinea con las alertas epidemiológicas más recientes descritas en la literatura sobre el incremento global en la incidencia de cánceres gastrointestinales de inicio temprano en pacientes menores de 50 años [3], un fenómeno que desafía las estrategias de tamizaje vigentes y obliga a reconsiderar la transición demográfica de esta enfermedad [4].

En el contexto latinoamericano, donde la carga de cáncer gástrico es alta en países como Colombia,

Perú y Chile, el cáncer gástrico de inicio temprano en menores de 50 años representa entre el 5 y el 10 % del total de los casos [11]. Estudios en la región andina, como los reportados por Miranda-Castillo et al. [9], concuerdan en que los adultos jóvenes suelen debutar en estadios avanzados (III y IV), con claro predominio de histología de tipo difuso o pobremente diferenciado, mayor compromiso linfovascular. Asimismo, Lee [8] y Gómez et al. [11] describen una menor asociación con la cascada atrófica clásica inducida por *Helicobacter pylori*. Esta presentación atípica sugiere la participación de vías oncogénicas alternas, alta tasa proliferativa celular (reflejada en la positividad para Ki-67) o mutaciones germinales/somáticas de novo en genes supresores como CDH1 [12,13]. Por lo tanto, Ajani et al. [2] y Guan et al. [6] recomiendan que, ante pacientes jóvenes con síntomas dispépticos refractarios o signos de alarma, es imperativo priorizar la endoscopia digestiva alta y optimizar la referencia oncológica para mitigar el diagnóstico tardío [2,6].

A diferencia de los pacientes de la sexta o séptima década de la vida, donde la carcinogénesis sigue una cascada predecible asociada a la edad y a factores ambientales clásicos, el CG en jóvenes suele responder a una biología molecular distinta [8,9]. Aunque nuestro paciente presentaba antecedentes de consumo de alcohol y tabaco, factores ampliamente documentados como promotores de daño celular en la mucosa gástrica, la precocidad y la agresividad con la que se desarrolló la lesión sugieren una fuerte influencia de alteraciones genéticas intrínsecas o mutaciones de novo independientes de las vías tradicionales, como lo mencionan Yang et al. [1]. Asimismo, la presencia de síntomas constitucionales prolongados, como la pérdida ponderal severa de 20 kg a lo largo de dos años, denota cómo la edad del paciente pudo enmascarar la sospecha clínica inicial, retrasando el abordaje diagnóstico oportuno.

Desde la perspectiva macroscópica e histopatológica, las características de este caso tipifican el comportamiento agresivo del CG en adultos jóvenes. La endoscopia reveló una lesión de gran tamaño (12 cm) con una morfología ulcerada e infiltrante clasificada como Borrmann III. Este subtipo específico se asocia a una mayor tasa de invasión transmural, un compromiso linfovascular y un pronóstico significativamente adverso en comparación con las variantes exofíticas [10]. De igual manera, el reporte inicial de biopsia con infiltración difusa de apariencia linfoide se correlaciona con lo descrito por Miranda-Castillo et al. [9], quienes señalan que los tumores de inicio temprano exhiben predominantemente una histología de tipo difuso, una escasa diferenciación celular y un debut clínico en estadios avanzados.

Dada la naturaleza infiltrativa de las lesiones Borrmann III y la sospecha de adenopatías regionales, la estadificación precisa mediante tomografía computarizada es crucial para delimitar la resecabilidad del tumor y la presencia de metástasis [2]. El manejo de estos pacientes en estadios avanzados representa un reto terapéutico mayor que requiere un enfoque agresivo y multidisciplinario en centros de alta complejidad. En estos escenarios, la combinación de quimioterapia perioperatoria con cirugía oncológica radical constituye la piedra angular para mejorar la supervivencia a largo plazo [6]. Este caso resalta la necesidad de mantener un alto índice de sospecha frente a síntomas gastrointestinales o constitucionales en pacientes jóvenes, ya que la edad por sí sola no excluye la posibilidad de cáncer gástrico.

Entre las limitaciones de este reporte se encuentra la imposibilidad de realizar estudios moleculares avanzados y secuenciación genética de panel germinal como búsqueda de mutaciones en CDH1, así como el seguimiento a largo plazo, debido a la remisión del paciente a otra institución. Se enfatiza la necesidad de protocolizar el uso de endoscopia digestiva alta temprana en pacientes jóvenes con síntomas dispépticos refractarios o signos de alarma (pérdida ponderal, anemia o hemorragia digestiva).

Conclusión

Este caso demuestra que el cáncer gástrico puede presentarse en adultos jóvenes, incluso en ausencia de antecedentes familiares conocidos. Los síntomas iniciales del cáncer gástrico suelen ser inespecíficos y pueden atribuirse erróneamente a patologías benignas del tracto gastrointestinal superior. La presencia de dolor abdominal, la pérdida de peso significativa y el sangrado digestivo alto constituyen signos de alarma que deben motivar una evaluación diagnóstica temprana mediante esofagogastroduodenoscopia, independientemente de la edad del paciente, con la finalidad de favorecer un diagnóstico temprano y optimizar las posibilidades de tratamiento.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Yang WJ, Zhao HP, Yu Y, Wang JH, Guo L, Liu JY, et al. Updates on global epidemiology, risk and prognostic factors of gastric cancer. World J Gastroenterol [Internet]. 2023 [Consultado el 11 de junio de 2026];29(16):2452-2468. https://doi.org/10.3748/wjg.v29.i16.2452

2. Ajani JA, D'Amico TA, Bentrem DJ, Corvera CU, Das P, Enzinger PC, et al. Gastric cancer, version 2.2025, NCCN Clinical practice guidelines in oncology. J Natl Compr Canc Netw [Internet]. 2025 [Consultado el 11 de junio de 2026];23(5):169-191. https://doi.org/10.6004/jnccn.2025.0022

3. Roberts K. Early-onset gastrointestinal cancer. JAMA [Internet]. 2025 [Consultado el 11 de junio de 2026];334(23):2144. https://doi.org/10.1001/jama.2025.14795

4. Iwu CD, Iwu-Jaja CJ. Gastric cancer epidemiology: current trend and future direction. Hygiene (Basel) [Internet]. 2023 [Consultado el 11 de junio de 2026];3(3):256-268. https://doi.org/10.3390/hygiene3030019

5. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, et al. Global Cancer statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA Cancer J Clin [Internet]. 2021 [Consultado el 11 de junio de 2026];71(3):209-249. https://doi.org/10.3322/caac.21660

6. Guan WL, He Y, Xu RH. Gastric cancer treatment: recent progress and future perspectives. J Hematol Oncol [Internet]. 2023 [Consultado el 11 de junio de 2026];16:57. https://doi.org/10.1186/s13045-023-01451-3

7. Grantham T, Ramachandran R, Parvataneni S, Budh D, Gollapalli S, Gaduputi V. Epidemiology of gastric cancer: global trends, risk factors and premalignant conditions. J Community Hosp Intern Med Perspect [Internet]. 2023 [Consultado el 11 de junio de 2026];13(6):100-106. https://doi.org/10.55729/2000-9666.1252

8. Lee S-W. Risk factors and prevention of stomach cancer, excluding *Helicobacter pylori*. Korean J Helicobacter Up Gastrointest Res [Internet]. 2024 [Consultado el 11 de junio de 2026];24(3):243-251. https://doi.org/10.7704/kjhugr.2024.0035

9. Miranda-Castillo IJ, Diaz-Garrido CP, Arias-Parra JE, Barreda-Aranda A, Martinez-Salinas GA, Garcia-Carrasco CA. Análisis retrospectivo del cáncer gástrico en pacientes jóvenes. Rev Cir [Internet]. 2025 [Consultado el 11 de junio de 2026];77(2):136-141. https://doi.org/10.35687/s2452-454920250022291

10. Díaz-del-Arco C, Ortega-Medina L, Estrada-Muñoz L, Molina-Roldán E, Cerón-Nieto MÁ, García-Gómez de las Heras S, et al. Are Borrmann's types of advanced gastric cancer distinct clinicopathological and molecular entities? A Western study. Cancers [Internet]. 2021 [Consultado el 11 de junio de 2026];13(12):3081. https://doi.org/10.3390/cancers13123081

11. Gómez M, Otero W, Caminos JE. Cáncer gástrico en pacientes jóvenes en Colombia. Rev Col Gastroenterol [Internet]. 2012 [Consultado el 11 de junio de 2026];27(3):166-172. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-99572012000300004

12. São José C, Garcia-Pelaez J, Ferreira M, Arrieta O, André A, Martins N, et al. Combined loss of CDH1 and downstream regulatory sequences drive early-onset diffuse gastric cancer and increase penetrance of hereditary diffuse gastric cancer. Gastric Cancer [Internet]. 2023 [Consultado el 11 de junio de 2026];26(5):653-666. https://doi.org/10.1007/s10120-023-01395-0

13. Ryan CE, Fasaye GA, Gallanis AF, Gamble LA, McClelland PH, Duemler A, et al. Germline CDH1 Variants and Lifetime Cancer Risk. JAMA [Internet]. 2024 [Consultado el 11 de junio de 2026];332(9):722-729. https://doi.org/10.1001/jama.2024.10852

Contribución de los autores

SJPH: investigación, redacción del borrador original.
LVPG: investigación, redacción del borrador original.
JVNC: investigación, redacción del borrador original.
LGA: supervisión, redacción-revisión y edición.

Fuentes de financiamiento

La investigación fue autofinanciada.

Conflictos de interés

Las autoras declaran no tener conflicto de interés.