

## **MEDICINA ANATOMOCLINA**

Sesión N° 536 del Centro Antonio Facio C., celebrada el 14 de Octubre de 1961.

Relator: DR. RODOLFO ALVARADO

Patólogo: DR. SAEED MEKBEL

### **Resumen de la historia clínica**

J. S. V.

69 años

Raza negra

Originario de Colombia, Residente en Gófito.

Ingresa el 16 de agosto y muere el 13 de setiembre de 1961.

PRIMER INGRESO: 4 de junio de 1948. — 36 días hospitalizado.

Nota de Ingreso: "Hace 30 años padece de cólicos en epigastrio, sensación de llenura, agruras y astenia. El examen físico: Epigastrio doloroso".

Rx. Serie G. D.: "Estrechez pilórica. Al presionar la región antro pilórica aparece una imagen lacunar con aspecto de neoplasma avanzado en esa región. Esta imagen sería conveniente controlarla después de unos días de belladona" (Junio de 1948).

Rx. Serie G. D.: "El segundo examen muestra siempre un defecto de repleción prepilórica, menos extendido que en la anterior radiografía. Actualmente el aspecto es de un neoplasma bastante localizado en la región prepilórica y en estado resecable" (Junio 1948).

Fue intervenido y el Cirujano reportó: "Invasión completa del píloro, de la primera porción del duodeno y de la tercera parte distal del estómago, carcinomatosa, con pequeños ganglios que se extienden desde la pequeña curvatura hasta el cardias. Posteriormente el píloro presenta una úlcera perforada cicatricial, tamaño aproximado de una moneda de 25 centavos, adherida al páncreas, el cual aparecía fuertemente infiltrado. La cólica media y la mesaraica, estaban fuertemente involucradas en la masa neoplásica. Se practicó una gastroenteroanastomosis transmesocólica posterior".

Entonces existía anemia hipocrómica. No hubo complicaciones postoperatorias.

SEGUNDO INGRESO: Del 2 de Marzo al 14 de junio de 1960.

Diagnóstico al Ingreso de "Anemia Aguda, Síndrome policarencial". Se anotó: Disuria, polaquiurnia. Tacto rectal: próstata crecida a expensas de ambos lóbulos, el izquierdo duro, leñoso y muy doloroso. Imp.: Adenoma pros-

tático. También se le encontró Fimosis. Estrechez uretral en su tercio medio. Hidrocele derecho. Uretritis crónica. Prostatitis.

Anemia Hipocrómica por deficiencia en hierro, atribuible a sangrado del tubo digestivo.

Laboratorio del 2º internamiento:

Nitrógeno uréico 18.0 mgrs.%. Creatinina 2.0. VDRL negativo. Proteínas totales 4.8. Grupo sanguíneo II Rh positivo. Colesterol 154-mgrs. Orina con leucocitos pocos, células epiteliales muchas. Heces negativo. Hemoglobina 4.5, G.R. 1.750.000, Hcto. 19, Leucocitos 8720. Eosinófilos 4, Stab 7, Segmentados 47, linfocitos 39, Monocitos 2. Electrocardiograma anormal. Onda T invertida. Del 5 de abril de 1960, Hb. 10.5, Hcto. 37, Retic. 0.4%. Del 3 de marzo, Reticulocitos 2.8%, Proteínas totales 4.9, A/G 1.3. Heces tricocéfalos. A. Coli. Heces, prueba de Guayaco.

Orina del 31 de mayo: albúmina trazas, Leucocitos gran cantidad. Eritrocitos muchos. Células epiteliales pocas.

Radiografía de tórax: aumento del diámetro cardioaórtico, sobre todo de la aorta descendente torácica.

Reporte de S.G.D.: 22-III-60

Dilatación anormal del esófago con acentuación de pliegues 1/3 inf. Hernia diafragmática a través del hiato esofágico. En fondo caros y curvaturas no hay evidencia de lesión (control para excluir lesión neoplásica).

Reporte S.G.D.: 23-IV-60

Deformación en curva del esófago hacia el lado izquierdo por posible dilatación aneurismática de la aorta torácica. El bario pasa fácilmente al estómago a través de la boca operatoria, notándose hernia transdiafragmática en el polo superior gástrico, esófago corto debido a la intervención. No hay evidencia de lesión ulcerosa o neoplásica.

Reporte de esofagoscopia. (Marzo 26):

Mucosa pálida con pérdida de la brillantez, pero sin lesiones neoplásicas ni inflamatorias.

Fondo de Ojo: El fondo de ojo es normal en ambos ojos.

El 18 de mayo, se le practicó calibraje forzado y Cistotomía.

Tuvo un curso prácticamente afebril. Se trató con antibióticos, sulfas, antianémicos, sueros. Testosterona. Ext. hepático.

#### TERCER Y ULTIMO INTERNAMIENTO:

16 de agosto de 1961. Muere 28 días después.

Nota de la Puerta: "Paciente de 66 años, que refiere que hace varios días no puede miccionar y acusa edema de las extremidades inferiores, anorexia, astenia y adinamia. Diagnóstico: Retención de Orina". Ingresa al Servicio de Urología, fue cateterizado y se le dio cloride, (papaverina), dieta hiposódica.

El examen físico dice: Extrasístole. Taquicardia. Visión borrosa. Obnubilación mental.

El 1º de setiembre es trasladado al Servicio de Medicina. NOTA: "Hipoacusia bilateral. Paciente se queja de dolor epigástrico, distensión postprandial. E.F.: caquexia extrema. Extrasístoles aisladas. Enfisema bilateral. Abdomen distendido. En C.S.D. se palpa masa difusa que en ocasiones parece hígado, muy dolorosa y que no se puede delimitar bien por defensa que el dolor le produce.

LABORATORIO: 19 agosto-1961.

|                           |            |        |                      |              |
|---------------------------|------------|--------|----------------------|--------------|
| Grupo IV A. Rha positivo. | Leucocitos | 10.500 | Nit. Uréico          | 15.0 mgrs. % |
| VDRL negativo             | Eos.       | 4      | Creatinina           | 2.0          |
| Hb. 8.8                   | Banda      | 4      | Glicemia             | 121          |
| Hcto. 29.                 | Seg.       | 58     | Gota gruesa y frotis |              |
| Heces: tricocéfalos       | Linfoc.    | 34     | negativos.           |              |

Agosto 30: ORINA

|                                     |          |            |       |
|-------------------------------------|----------|------------|-------|
| Albúmina trazas                     | Hb. 11.6 | Leucocitos | 17.40 |
| Leucocitos pocos                    | Hcto. 31 | E.         | 3     |
| C.E. pocas                          |          | S.         | 6     |
| Sedimento amorfo: Muchas bacterias. |          | Seg.       | 70    |
|                                     |          | Linf.      | 21    |

EKG: La onda T es ahora positiva; V4 y V5 mostrando que entonces ocurrió trombosis coronaria.

Orina 1º setiembre: Albúmina trazas, leucocitos muchos. C. Epit. muchas.

7 Set.1961: Colesterol 95 mgrs. %.

Timol negativo  
Bilirrubina total 0.3  
S.G.P.T. 22 Us.  
Fosfatasa alcalina 11.1  
Fósforo 6.9

Radiografía de tórax: 2:IX:61. Imagen cardíaca aparentemente aumentada de tamaño. Pulmones claros. El curso fue prácticamente afebril. Dos días tuvo fiebre. Después del calibraje 38, y el 29 de agosto 39½ que cedió al día siguiente. Las notas de Enfermera repetidamente dicen que el paciente tenía escalofríos, astenia y anorexia. Se trató con penicilina. Dieta hiposódica. Clotride. Mersalil. Poly B. Extracto hepático. Sueros, etc.

COMENTARIO: Indudablemente que este paciente no presentaba una neoplasia gástrica en 1948 cuando fue intervenido. Varias veces me ha tocado participar en operaciones de pacientes que habían sido intervenidos 10 o más años antes y a los cuales se les había diagnosticado transoperatoriamente Carcinoma gástrico inoperable, cuando en realidad lo que presentaban era una úlcera péptica con gran reacción fibrosa comprometiendo todas las estructuras vecinas. Uno de estos casos, se intervino dos veces en el transcurso de un año y aunque



las biopsias fueron negativas, se insistió siempre en el diagnóstico de Carcinoma gástrico inoperable, tal era la apariencia de la gran masa de reacción fibrosa. Cuando 11 años después lo operamos de nuevo, la pieza operatoria fue reportada negativa por neoplasia.

En el caso que nos ocupa, la descripción del cirujano que nos dice existía invasión de la primera porción del duodeno (que casi nunca vemos en el carcinoma gástrico), con ganglios pequeños de la curvatura menor solamente, y con una úlcera perforada a páncreas, agregado esto a una imagen radiográfica que mejoró con tratamiento antiespasmódico y una sobrevivida de 12 años, nos asegura categóricamente que aquello no era un carcinoma.

En su segundo ingreso, anémico y desnutrido, ya presenta otro problema bien definido: Retención urinaria, prostatitis y pielonefritis crónica. Existe también una cardiopatía, probablemente hipertensiva.

La radiografía de tórax y el EKG nos lo hacen sospechar. No sería nada excepcional por la edad y la raza del paciente. Estamos seguros que ninguno de estos problemas lo llevaron a la muerte.

Aseguramos que este paciente en 1948, no tenía una neoplasia gástrica, pero no podemos descartar que ahora si la tenga y es más, los datos que tenemos a mano nos inclinan hacia ese diagnóstico. Los reportes de las series gastroduodenales como vemos en el resumen de la historia, no nos hablan de gastroenteroanastomosis que sí existe, y nos hablan de acortamiento del esófago debido a la operación quirúrgica. De dichos reportes sacamos en claro que el paciente presentaba una hernia hiatal por esófago corto. Nos gustaría que en este momento, el Radiólogo aquí presente, nos interpretara estas placas de serie gastroduodenal, así como la Rx de Tórax donde nos parece que se aprecia un defecto de llenado en la cámara gástrica del estómago.

Dr. Carlos Blanco Quesada (Radiólogo): En la serie gastroduodenal del 23 de abril de 1960 se aprecia que el medio de contraste pasa bien por el tracto esofágico y que la región del cardias está por encima del diafragma, lo que trae como consecuencia una hernia diafragmática, al parecer por esófago corto. En la parte distal del esófago se observa una imagen de compresión hacia la izquierda cuya causa no puede precisarse en este examen (Fig. 1). En la exploración del estómago propiamente, no se visualiza en forma definida la gastroenteroanastomosis y se observan pasajes por el marco duodenal. Llama la atención una imagen por defecto constante y mejor demostrada en las incidencias oblicuas de decúbito (Fig. 2), que se observa en el polo superior gástrico y que toma gran parte de la hernia. La persistencia de la imagen, la rigidez que la limita, inclinan a pensar en la existencia de una lesión tumoral localizada en esta región. En el resto del estómago no se aprecia patología orgánica.

Dr. Alvarado: Después de escuchar el comentario del radiólogo tenemos que inclinarnos más hacia el diagnóstico de un carcinoma del fondo gástrico, pues vemos que en él, poca duda existe respecto a que ese defecto de llenado que se aprecia en las radiografías se debe a una masa intrínseca de estómago. El engrosamiento del contorno y el defecto de llenado de la cámara de aire del estómago es un signo radiológico al que muchos autores le dan gran valor en el diagnóstico de neoplasia de esa región. Smithers, en 1955 y Atemmer y Adams en 1960, llamaron la atención al frecuente desarrollo de carcinoma en pacientes con hernia hiatal por esófago corto. Probablemente este caso ofrece evidencia adicional.

En su último ingreso el paciente presentaba de nuevo meteorismo, dolor en epigastrio y un observador palpó una masa en el abdomen. Los exámenes de química sanguínea son todos normales, excepto una fosfatasa alcalina de 11.1 mgrs.% y un fósforo de 6.9 mgrs.% Muy probable que ya existieran metástasis hepáticas.

No debemos dejar de mencionar la posibilidad de que el tumor primario fuera del cuerpo del páncreas, aunque el paciente nunca se quejó de dolor intenso, y que no esperaríamos una compresión tan alta del estómago. Por último y ya especulando un poco, podríamos pensar en un tumor primario de la próstata, aunque los exámenes practicados no nos ayudan mucho y el Urologo no sospechó esta posibilidad, aunque el tacto rectal reportado se hizo un año y medio antes de la muerte.

En resumen, nuestros diagnósticos son:

- A) 1) Pielonefritis crónica.
- 2) Cardiopatía hipertensiva.
- 3) Anemia y desnutrición.
- 4) Hipertrofia prostática?
- B) Metástasis carcinomatosas de Adenocarcinoma del fondo gástrico.  
ó Carcinoma del cuerpo del páncreas  
ó Carcinoma de la próstata.

AUTOPSIA. (Protocolo N° 17.154).

Dr. S. Mekbel: La autopsia se practicó en un hombre viejo, caquético, con edema moderado de miembro superior derecho y de los miembros inferiores. La vena yugular interna derecha estaba ocupada por un trombo reciente. Los pulmones presentaban múltiples embolias en ramas arteriales secundarias y terciarias.

Las lesiones más importantes se encontraron en la cavidad abdominal. El estómago presentaba una masa firme lobulada de 12 por 9 por 7 centímetros que ocupaba la parte alta de la curvatura menor, parte del fondo e infiltraba el extremo inferior del esófago en una longitud de 3 centímetros. Esta masa estaba cubierta por mucosa parcialmente ulcerada (Fig. 3). Al corte era de color gris blanquecino y aspecto homogéneo. El resto de la mucosa gástrica era lisa y pálida. No se encontró úlcera. La anastomosis era ampliamente permeable. Microscópicamente el tumor estaba formado por células alargadas, con moderado pleomorfismo y numerosas figuras mitóticas (Fig. 4).

El hígado estaba muy agrandado y presentaba múltiples nódulos blancos firmes hasta de 7 centímetros de diámetro, dos de los cuales estaban parcialmente reblandecidos y perforados, produciendo una peritonitis localizada con adherencias fibrinosas a íleon terminal y colon.

#### DIAGNOSTICO ANATOMO-PATOLOGICO

- 1. Leiomiosarcoma de la porción subcardinal del estómago con invasión del extremo inferior del esófago y metástasis al hígado.
- 2. Reblandecimiento y perforación de nódulos metastásicos hepáticos, con peritonitis localizada.
- 3. Trombosis de vena yugular interna derecha.
- 4. Embolias pulmonares múltiples bilaterales.

## COMENTARIO FINAL

Con los datos de que disponemos, podemos asumir que las lesiones infiltrativas que el cirujano encontró en el estómago 13 años antes no eran neoplásicas y sí seguramente de naturaleza inflamatoria. Desgraciadamente no se practicó estudio histopatológico en esa ocasión. Con la derivación el paciente curó de su padecimiento que probablemente era una úlcera péptica de la región antro pilórica. Si en aquél momento ya estaba presente el tumor de origen muscular en la parte alta del estómago, no lo sabemos.

Debemos agregar que el leiomiosarcoma del estómago es algo menos frecuente que el linfoma maligno de igual localización y en el Memorial Center for Cancer de New York representa el 1.3 por ciento de todos los neoplasmas gástricos (1). Entre nosotros este porcentaje es mucho más bajo, dada la extraordinaria frecuencia del carcinoma. Su pronóstico es mucho menos sombrío que el del carcinoma (más del 40 por ciento de sobrevividas de cinco años.)

## REFERENCIAS

1. BERG, J. Y MC NEER, G.  
Leiomyosarcoma of the stomach. A clinical and Pathological study. *Cancer* 13:25, 1960.

- Fig. 1.—Cardias por encima del diafragma; hernia diafragmática. La porción distal del esófago muestra hacia la izquierda una compresión.
- Fig. 2.—Hay pasaje por el marco duodenal. En el polo superior gástrico hay imagen de defecto de llenado que toma gran parte de la hernia diafragmática.
- Fig. 3.—En la parte alta de la curvatura menor y extremo inferior del esófago hay una tumoración en parte necrótica que mide aproximadamente 10 cms. de diámetro. Anastomosis permeable.
- Fig. 4.—Tumor formado por células fusiformes rico en mitosis. Diagnóstico *Leiomioma*.



