

MEDICINA ANATOMOCLINICA

Sesión N° 596, 12 de enero de 1963. Caso N° 18.021.

Relator: Dr. F. Suárez Loaiza.

Patólogo: Dr. S. Mekbel.

V. F. R. Edad 39 años, L. de Nacimiento: San José.

Consulta Externa de Medicina: Una nota de dicha consulta del 31 de agosto del 62 dice: "Inicia su padecimiento hace doce días con dolor epigástrico irradiado a hipocondrio izquierdo, de regular intensidad, tipo ardoroso, post-prandial (más o menos una hora después de alimentos), que disminuye con "remedios caseros". Repulsión a ingestas grasas. Pírosis desde hace más de un mes, anorexia, pérdida de peso moderada".

La exploración realizada en ese entonces fue negativa excepto discreto dolor a la palpación en epigastrio.

Una nota de evolución de un mes más tarde, relata mejoría con tintura de belladona y alcalinos y añade la presencia de vómito escaso que alivió la epigastralgia.

Internamiento: Salón Peralta (22 de octubre de 1962). Antecedentes hereditarios y familiares: Sin importancia para el padecimiento actual.

Antecedentes personales no patológicos: Sin importancia para el padecimiento actual.

Antecedentes personales patológicos: Presenta desde su nacimiento el miembro superior izquierdo incompleto (falta el antebrazo). Resto sin importancia para su padecimiento actual.

Padecimiento actual y evolución: Se inicia su padecimiento el 18 de agosto de 1962, estando previamente bien de salud, con dolor epigástrico poco intenso, sin irradiaciones, de duración aproximada de 15 minutos, que se presentaba sin causa aparente. Por esta sintomatología acude a la consulta externa de este hospital, en donde le prescriben tintura de belladona y alcalinos, con lo cual sus molestias ceden. Así permanece por mes y medio aproximadamente, para presentar el 14 de octubre del mismo año pesantez abdominal dolorosa. Además se presenta anorexia no selectiva y en ocasiones vómitos escasos en relación con pequeñas ingestas. Así mismo, sed intensa y diaforesis nocturna. Niega hematemesis o melena. Ha existido pérdida de peso no cuantificada, desde el inicio de su padecimiento.

Interrogatorio por aparatos y sistemas: Digestivo: además de lo anotado en el padecimiento actual, paladar amargo. Respiratorio-Cardiovascular y Nervioso: negativos. Génito-urinario: VI gesta. IV Para. 11 Abortos. Fecha última regla 20 oct. de 62. Fecha último parto hace 11 años. No flujos.

Exploración física: Paciente del sexo femenino, de edad aparente mayor a la que dice tener, pálida. Posición libremente escogida. Constitución adelgazada. Presenta el miembro superior izquierdo incompleto. Adaptada al medio. Ojos: conjuntivas pálidas. Reflejos y movimientos oculares normales. Boca: dientes en mal estado higiénico y de conservación. Amígdalas discretamente hipertróficas. Cuello: aumento discreto de la glándula tiroides, con nódulo medio, indoloro y algo aumentado de consistencia. En región supraclavicular izquierda se palpa adenopatía solitaria, indolora y pequeña. No hay adenopatías axilares. Corazón: revoluciones cardíacas rítmicas. No soplos. T. A. 120/70. Pulmones: disminución de vibraciones vocales en parte inferior de hemitórax derecho, en esta región hay matidez y desaparición del murmullo vesicular. Asimismo, existe egofonía. En supraescapular izquierda, escasos estertores subcrepitantes. Abdomen: enorme masa que abarca hipocondrios y epigastrio, a cuatro traveses de dedo del reborde costal izquierdo y a dos traveses del reborde costal derecho; dura, regular, indolora. Miembros: falta el antebrazo izquierdo. Edema podal +. (Dr. Suárez Loaiza).

Exploración ginecológica (Dr. Mora) Vagina de múltipara. Cistocèle de + a ++. En anexo izquierdo se palpa tumoración sensible, de consistencia fibrosa, de tamaño aproximado a un huevo de gallina, irregular e íntimamente adherida al útero.

Laboratorio y gabinete: Exámenes de heces, orina, V.D.R.L. y química sanguínea (N. ureico - creatinina y glicemia) dentro de límites normales. Hemograma: Hemoglobina 12,1 grs. %. Hcto. 37 cc %. Leucocitos 12.120/mm³. Basófilos 0. Mielocitos 0. Metamielocitos 0. Banda 0. Segmentados 84. Linfocitos 13. Monocitos 3. Protrombina; 90%. Colesterol total: 113 mgs. %. Hanger: ++. Timol: negativo. Bilirrubina total: 0.4 mgs. %. SGPT: 37 u. Fosfatasa alcalina: 2 u.B. Fósforo inorgánico: 3.8 mgs. %. Líquido ascítico: proteínas 3.4 grs. %. Cultivo por Escherichia Coli. Líquido pleural: cultivo negativo por B. K.

Biopsias: Ganglio supraclavicular izquierdo: "Linfadenitis reticulohiperplásica". Biopsia hepática: "Esteatosis leve". Líquido pleural: "Compatible con linfosarcoma".

Estudios radiológicos: Rx. simple de abdomen: "opacidad en todo el hemidiafragma izquierdo". Rx. tórax: "Opacidad base derecha. Aspecto de condensación". Serie gastroduodenal: "Gran defecto de llenamiento a nivel de la curvatura mayor, cerca de región pilórica, con las características de lesión maligna".

Evolución: Llamó la atención la importante severidad del padecimiento, el cual desmejoró notablemente el estado general de la paciente y la llevó a la muerte en 17 días, a partir del internamiento.

Comentario radiológico: El estudio radiográfico del tubo digestivo alto (Fig. 2) muestra normalidad al paso de la papilla baritada en trayecto de esófago; estómago presenta una imagen de defecto de llenado de cara posterior y curvatura mayor con infiltración de ésta curvatura en antro que sugiere un linfosarcoma de evolución endogástrica. En favor de linfosarcoma esta la edad de la paciente el sitio y el defecto de llenado gástrico, así como su aspecto radiológico.

El estudio radiográfico del tórax, (Fig. 1) muestra: Una imagen de aumento de la densidad de pulmón derecho que corresponde a un derrame pleural, posiblemente metastásico. Pequeño infiltrado micronodular generalizado. (Dr. J. Fernández).

COMENTARIO

En todo abordaje diagnóstico debe ser indispensable, el adecuado estudio clínico y el orden de exposición del mismo. El caso que hoy presentamos contiene, a nuestro parecer, un aceptable estudio clínico y basados en él, ordenaremos nuestra exposición para llegar al diagnóstico.

1) *Caracteres de la paciente:* Paciente de sexo femenino, relativamente joven (39) años), que a la inspección representaba una edad mayor a la que decía tener. Esto por sí solo, nos da idea de que el padecimiento que sufría era lo suficientemente severo, como para deteriorar en forma importante, su estado general.

2) *Tipo de padecimiento:* En el estudio clínico de la enferma, nos impresionó la rápida evolución de su patología. Si observamos las notas tomadas en la Consulta Externa y adicionamos los datos de su internamiento, veremos que su enfermedad solo requirió 79 días aproximadamente para llevarla a la muerte y que sólo 71 días, a partir de la fecha de su internamiento, tuvimos como lapso de tiempo, para realizar los estudios diagnósticos. A esto podríamos añadir al desmejoramiento general, representante del ataque a diferentes órganos, como lo demostraremos posteriormente.

Por todo ello, vamos a concluir que su padecimiento era de tipo maligno.

3) *Sistema o aparato primariamente afectado:* Nuevamente viene en ayuda nuestra para dilucidar este capítulo, esa indispensable base para todo edificio diagnóstico, "La historia clínica". Ella nos revela que las primeras manifestaciones de la enfermedad fueron las de un síndrome dispéptico digestivo, término que engloba a todo trastorno digestivo que pueda acompañar a una enfermedad del tubo digestivo, a otra enfermedad visceral que por vía refleja lo altere, o a trastornos funcionales.

Tomando en cuenta las manifestaciones de dicha dispepsia (epigastralgias, hiperacidez con pirosis etc.) y su remisión con alcalinos e inhibidores de la secreción gástrica, vamos a suponer que en realidad lo que existía era una dispepsia gástrica, secundaria a un padecimiento maligno, probablemente primitivo de ese órgano.

4) *Ataque a otros órganos y sistemas:* Tanto la clínica como sus anexos, evidenciaron participación pulmonar, peritoneal y probablemente hepática.

a) *Manifestaciones pulmonares:* la exploración torácica reveló su síndrome de derrame pleural derecho, el cual fue comprobado por toracentesis y la radiología.

b) *Peritoneales:* La formación de ascitis en nuestro caso, probablemente representa una reacción inflamatoria peritoneal, ante la presencia de metástasis.

c) *Hepáticas:* aunque los estudios de laboratorio no revelaron la presencia de masa ocupante hepática (fosfatasa alcalina), ni alteración funcional (P. Hepáticas) es de creer, a pesar de la biopsia hepática, que un padecimiento

del tubo digestivo de la malignidad del que hoy discutimos, haya afectado en uno u otro momento, la víscera hepática.

Nosotros creemos que debe haber compromiso de otros territorios orgánicos, pero ante la imposibilidad de basarlos, lo dejamos como posibilidad.

5) *Etiología Probable:* Hasta este momento hemos concluido, que nuestra paciente era portadora de un padecimiento maligno del tubo digestivo y en este probablemente de estómago, que produjo metástasis a varios territorios.

Como es lógico suponer, vamos a analizar primeramente, el padecimiento maligno gástrico primario, más frecuente en nuestro país, el "Cáncer de estómago".

Su mayor frecuencia es entre los 50 y los 69 años, por lo que podríamos decir, que su frecuencia aumenta durante la edad madura. Aproximadamente el 50% de los Ca. Gástricos se presentan en el antro o canal pilórico; el 29% en la curvatura menor y el 8% en la curvatura mayor, como en nuestro caso. Puede manifestarse en algunos casos, por un síndrome semejante al ulceroso, sobre todo si la lesión interfiere el tono y la motilidad normal del estómago. El ganglio supraclavicular izquierdo (Virchow), se encuentra invadido en el 5% de los casos autopsiados.

Ya hemos señalado en varias ocasiones, la rápida evolución de nuestro caso, lo cual no sucede generalmente con los carcinomas gástricos bien diferenciados. Pero debemos recordar, que los tumores poco diferenciados, tienden a dar metástasis desde las primeras etapas de la enfermedad. Las metástasis del Ca. gástrico se difunden por vía linfática, peritoneal o sanguínea. Los ganglios linfáticos regionales son los primeros en ser invadidos, siguiéndole en frecuencia el epiplón, peritoneo, hígado, ganglios supraclaviculares izquierdos, recto, ovarios, pulmones etc.

Si recordamos que el examen ginecológico reveló una masa redondeada en el anexo izquierdo, podríamos pensar, si aceptamos como principal diagnóstico el de Ca. gástrico, que se produjeron metástasis a ovario, con la existencia de un probable tumor de Krukenberg.

A pesar de que el carcinoma gástrico es una buena posibilidad diagnóstica, tanto la biopsia del ganglio supraclavicular izquierdo, como el estudio del líquido pleural, fueron negativos por carcinoma, siendo el segundo compatible con linfoma. Es por ello, que vamos a analizar esta entidad.

Los sarcomas gástricos pertenecen al grupo de tumores malignos del estómago diferentes al carcinoma. Todos los autores están de acuerdo en que la edad de presentación es de 10 años menor que la del carcinoma. Generalmente se distinguen dos grupos fundamentales: a) el que se origina de los tejidos linfoides y b) originados a expensas del músculo liso. El primer grupo comprende los sarcomas de células reticulares, los linfomas difusos, el linfoma folicular y los linfomas de folículos gigantes. El segundo grupo está compuesto por los leiomiomas, liposarcomas, fibrosarcomas, angiosarcomas y neurilemas malignos.

Diamond ha clasificado los linfomas, excluyendo el Hodgkin en:

a) Linfomas de folículos gigantes: en los que la célula característica es el linfocito adulto. Este invade generalmente ganglios linfáticos, bazo e hígado.

b) Linfosarcoma folicular: En este los linfocitos son algo mayores que los normales.

c) Linfosarcoma difuso: que se caracteriza por la presencia de linfocitos anormales e invade estómago, bazo, hígado, etc. A la vez se subdividen en: 1) linfosarcoma linfocítico (células pequeñas y maduras y - 2) linfosarcoma linfoblástico (células grandes e inmaduras).

d) Sarcomas de células reticulares; en el cual el tejido invadido es sustituido por células y fibrillas reticulares.

En relación con su frecuencia, Warren en Boston indica, en una revisión de 49 casos de linfomas del aparato digestivo, que 30 atacaban el estómago; 2 el duodeno; 5 el yeyuno; 3 el ileon; 2 el ciego y 7 el recto.

Pack señala que en el Hospital Memorial, entre los años de 1931 a 1975, fueron encontrados 62 casos de sarcoma gástrico primario, o sea el 3.7% de 1685 tumores malignos primarios de estómago.

En 1957 Jordan indica que una revisión de los anales de seis hospitales de Houston Texas, por un lapso de 15 años, se encontró 28 casos de sarcoma primario del estómago, lo cual comprendía el 3% de todas las neoplasias malignas del estómago. Los tipos histológicos más frecuentes fueron: Linfosarcomas 60%, leiomiomas 20% y 20% restantes de diversos tipos.

En Costa Rica, en una reciente comunicación, los doctores Soto Pacheco y Fernández Soto, refieren dos casos de linfosarcoma gástrico de 144 neoplasias gástricas operadas o biopsiadas en el Hospital del Seguro Social, en el transcurso de 10 años.

Es muy corriente que estos tumores den al principio un sintomatología ulcerosa, (como sucedió en nuestro caso), Mac Neer reportó que de 36 casos revisados, 12 presentaron un cuadro clásico de úlcera péptica.

Por la edad de nuestra paciente, por la evolución de su enfermedad, por los estudios histológicos y por la radiología, nosotros creemos que es esta la etiología del padecimiento que soportó nuestra paciente.

Finalmente cabe añadir que al no poseer datos adecuados de la tumoración tiroidea existente en nuestra paciente, no podemos opinar sobre ella.

Diagnósticos finales: 1) Sarcoma gástrico del tipo linfosarcoma difuso de la clasificación de Diamond. Subdivisión tipo linfoblástico. 2) Carcinoma gástrico poco diferenciado. 3) Metástasis pulmonares, peritoneales, hepáticas y ováricas de proceso maligno gástrico primario. Dr. Jorge Fco. Suárez Loaiza.

Dr. Miguel Dejuk: La denominación "tumor de Krukenberg" debe limitarse a casos de adenocarcinoma mucinoso con células en anillo de sello metastásico en ambos ovarios.

Dr. Jorge Elizondo: Yo estoy de acuerdo con el Dr. Suárez Loaiza que este paciente tiene un linfoma. Conviene diferenciar si las manifestaciones gastrointestinales son primarias, secundarias o intrínsecas. Para ser considerado primario, el tumor debe ser localizado y no invadir más allá de la primera cadena ganglionar. A veces las lesiones gastrointestinales sólo son parte de un proceso general. En este caso en particular es difícil decidir si es un proceso primario de estómago porque se generalizó muy rápidamente. Además tiene

lesiones pulmonares, abdominales con presencia de ascítis, y ginecológicas. Cabe pues, que no sea un proceso primario.

A U T O P S I A

La autopsia se practicó en una mujer muy adelgazada que aparentaba 45 años de edad, con abundante líquido opalescente en cavidades pleural derecha y peritoneal. La pleura visceral derecha estaba engrosada y era de color blanco. Ambos pulmones mostraban congestión y el lóbulo inferior derecho presentaba atelectasia extensa. Había además trombos en organización en ramas secundarias y terciarias derechas de la arteria pulmonar.

Tanto el peritoneo parietal como el visceral y los epiplones estaban sembrados de múltiples nódulos blancos firmes hasta de 0,5 cms. de diámetro y placas de igual color y consistencia.

El estómago presentaba rigidez y engrosamiento de la pared en los dos tercios distales, especialmente a lo largo de la curvatura mayor, llegando a medir 2 cms. de espesor. Al corte era de color blanco homogéneo. La superficie mucosa estaba sembrada de mamelones y gruesos pliegues, sobre los cuales había úlceras superficiales hasta de 3 cms. de diámetro (Fig. 4). Los ganglios linfáticos abdominales estaban muy aumentados de volumen y eran de color blanco grisáceo homogéneo. Había también extensa invasión de páncreas y de ambos riñones, predominantemente el derecho. Los ovarios medían 5 cms. de diámetro mayor cada uno y estaban enteramente ocupados por tumor.

Microscópicamente, el tumor era bastante uniforme en las distintas localizaciones, estando constituido por células de núcleo redondo o ligeramente escotado, oscuro, y poco citoplasma débilmente basófilo.

El diagnóstico anatómico es el de linfoma linfocítico que afecta estómago, páncreas, ganglios linfáticos abdominales, peritoneo, riñones, vejiga, ovarios y pleura derecha. Hidrotórax derecho. Ascítis. Atelectasia pulmonar derecha, Embolias pulmonares.

Aunque, como bien dijo el Dr. Elizondo, es difícil decidir si una linfoma comenzó en el estómago y luego se diseminó o apareció simultáneamente en varios sitios, es lo cierto que en nuestro caso el cuadro de presentación fue gástrico. En la revisión de linfosarcomas hecha por Rosenberg y colaboradores en 1961, el estómago fue el órgano inicialmente afectado clínicamente en el 2.44% de los casos y dio manifestaciones en algún momento en el 5.83%. En autopsias, el estómago aparecía interesado en el 30.32% de los casos.

Fig. 1.—Radiografía de tórax mostrando el derrame pleural derecho y engrosamiento pleural.

Fig. 2.—Serie gastroduodenal, mostrando defecto de repleción de cara posterior y curvatura mayor.

Fig. 3.—Líquido pleural, mostrando el predominio de células similares a linfocitos.

Fig. 4.—Estómago abierto, mostrando la extensa infiltración linfomatosa de la pared y las úlceras.

