

CONFERENCIA CLINICOPATOLOGICA No. 3

Abril 30 de 1955

Por los Doctores

I. ADÁN CUEVA y RAÚL DURON

Del Servicio de Anatomía Patológica
del Hospital «San Felipe»

M. R. C, de 39 años, soltera y avecindada en San Buenaventura. Ingresó el 9 de abril y murió el 13 de abril de 1955.

Síntoma Principal.—Dolor en la pierna izquierda.

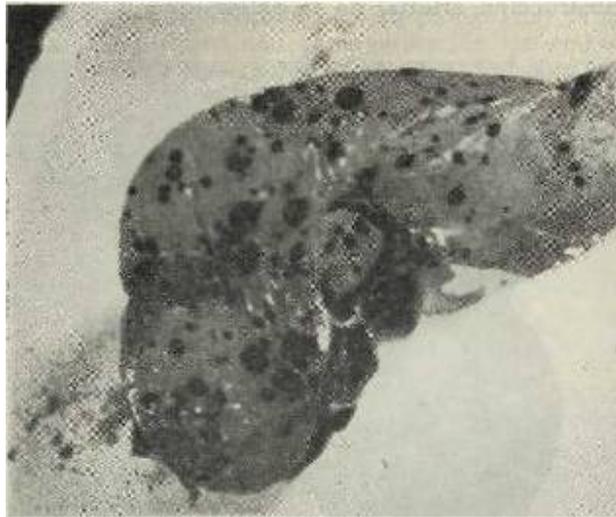
Historia de la Enfermedad.—Quince días previos al ingreso, tuvo una «postemía» seguida de dolor suave en la región epigástrica, que luego se agudizó, con sensación de inflamación en el estómago y vomitando los alimentos inmediatamente después de ingeridos. Durante 8 días hubo dificultad para defecar, siendo las materias fecales policrómicas (amarillo, verde y negro}. También había dificultad para orinar, siendo la orina escasa y negruzca. Se le administraron medicinas patentadas y caseras sin experimentar mejoría, quedando debilidad general y cansancio. Tres días antes del ingreso al Hospital, sintió adormecimiento en la pierna y pie izquierdo con imposibilidad para caminar, con sensación de mordiscos en las masas musculares y dolor agudo en los huesos de la pierna y pie. Había también al comienzo, sensación de calor intenso en la zona afectada, siendo después substituida por sensación de frío en la misma. Al tiempo de ingreso la paciente también se quejaba de desvanecimiento, zumbido del oído izquierdo, disnea continua, palpitaciones precordiales y los seca.

Antecedentes.—El padre vive y es aparentemente sano. Madre muerta de causa ignorada. Tiene un hijo aparentemente sano, y otro que murió de causa ignorada. La paciente fue nacida a término. En su infancia fue aparentemente sana. En la edad adulta tuvo gripes frecuentes. En noviembre del 54, se practicó enucleación del ojo derecho en el Servicio de Oftalmología de este Hospital.

Examen Físico.—T 37.6. P 120. R 46. P. A. 140/80.

Paciente bien desarrollada, quejándose constantemente de dolor en la pierna derecha, cooperando escasamente al interrogatorio. En la región preauricular derecha se notaba una tumoración

pastosa e indolora; el ojo derecho estaba ausente. Las conjuntivas del ojo izquierdo eran amarillo pálido. Había reacción pupilar. Las piezas dentarias estaban en mal estado. Lengua saburral. El lóbulo derecho del Tiroides estaba aumentado de volumen. Había adenopatía cervical posterior derecha. Las mamas estaban atrofiadas, palpándose nódulos subcutáneos diseminados e indoloros. Examen clínico del corazón era normal. Había aumento de las vibraciones en ambos vértices pulmonares y submacidez de ambas bases. Se oían estertores crepitantes diseminados en todos los campos pulmonares. El abdomen era globuloso, sin zonas dolorosas y marcado timpanismo. El hígado y el bazo no estaban aumentados de volumen. Ha-



Hígado: Metástasis de Melanoma maligno

bía dolor espontáneo y provocado a la palpación superficial y profunda, con limitación de los movimientos de la pierna y pie izquierdos, los cuales estaban hipotérmicos. También se observaba cianosis hasta el tercio medio de la pierna. El pie se encontraba en posición de equino varo. No se hizo examen ginecológico.

Laboratorio.—G. R. 2.940.000. G. B. 30.100. N90%. L 10%.

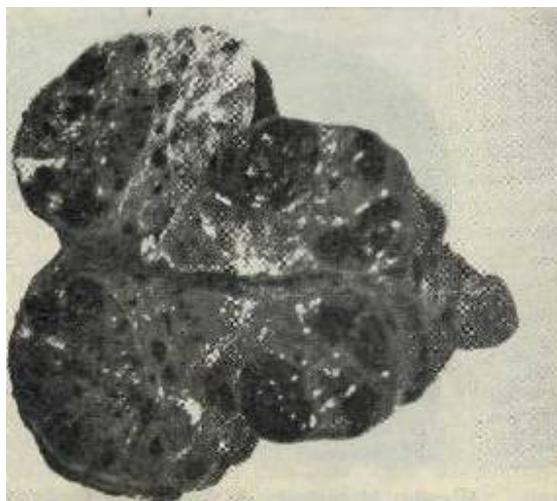
Orina, densidad 1.027, negativa por glucosa, fuertemente positiva por albúmina, al microscopio, abundantes células de pus. Rayos X: cambios pulmonares sugiriendo edema pulmonar. Arteriograma: sugiere obstrucción de arteria femoral superficial por debajo del triángulo de Scarpa.

Evolución Clínica.—Se hizo diagnóstico clínico de espasmo o embolia arterial y con este diagnóstico fue llevada a la Sala de Operaciones el 12 de abril a las 4 p.m., para hacerle resección del segmento arterial afectado. Durante la operación se constató la

impermeabilidad del segmento inicial de la femoral superficial, haciéndose resección de la misma en una longitud de 2 cm. Acto continuo se procedió a practicar una simpatectomía lumbar derecha extraperitoneal. Se notó a través del peritoneo, un aspecto «hemorrágico» de los órganos del mismo. El curso postoperatorio se complicó con shock, hipotensión y disnea, muriendo la paciente 14 horas después de la intervención quirúrgica, 4 días después de su ingreso.

DISCUSIÓN

Doctor Mario Díaz O.,—Como ven ustedes se trata de una paciente que ingresó al Servicio de Medicina de Mujeres con un síndrome de obstrucción arterial de la extremidad inferior izquierda,



Tiroides: Bocio coloide en el cual se implantaron metástasis de Melanoma maligno

practicándose una intervención de urgencia en el miembro afectado y simpatectomía lumbar, muriendo la enferma 14 horas después de la intervención.

Parece que el estado de gravedad y emaciación de la paciente no permitió hacer un historial más completo de su enfermedad.

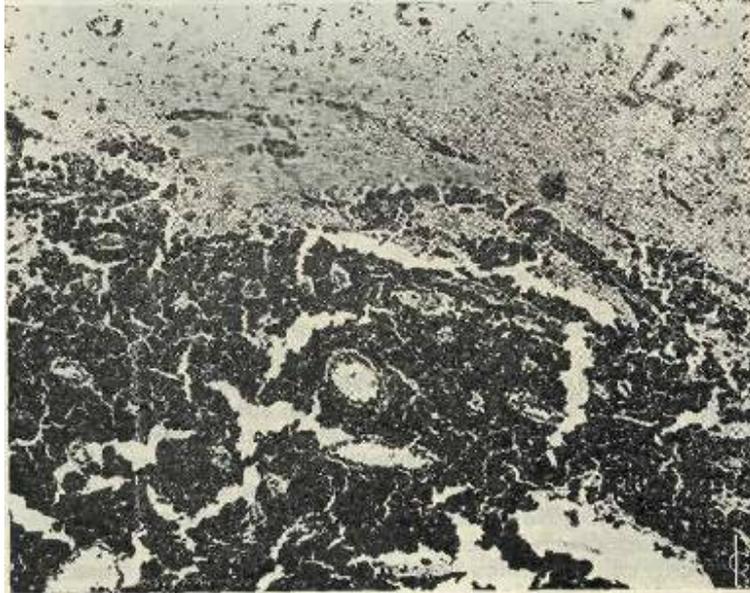
¿Se trataba de una embolia? ¿y si este fuera el caso de donde provino el émbolo? Consideremos en primer lugar la endocarditis bacteriana; pero en esta paciente no había soplos aunque síntomas de lesión orgánica del miocardio pudieron haber pasado desapercibidas en el examen. Además la radiografía pulmonar da solamente impresión de edema pulmonar. Pido la opinión de los radiólogos para nueva interpretación de la radiografía pulmonar.

Doctor Rigoberto Alvarado.—En ausencia de los radiólogos interpreto esta radiografía de la siguiente manera: se trata de lesiones bilaterales masivas diseminadas con presencia de dos cavernas una en cada base.

Doctor Díaz Q.—Según la explicación anterior, en el presente caso bien podría tratarse de una tuberculosis generalizada aunque no podría explicar por esta etiología el proceso vascular agudo de miembro inferior presentado por la paciente.

Otra posibilidad diagnóstica sería una triquinosis, pero no encontramos en nuestra paciente trastornos gastrointestinales ni dolores musculares característicos de la triquinosis pero sí nódulos subcutáneos.

Como última posibilidad hay que considerar la presencia de un tumor maligno diseminado con formación de émbolos; pero si éste fuera el caso no podría decir qué clase de tumor tendría la en-



Cerebro: Microfotografía

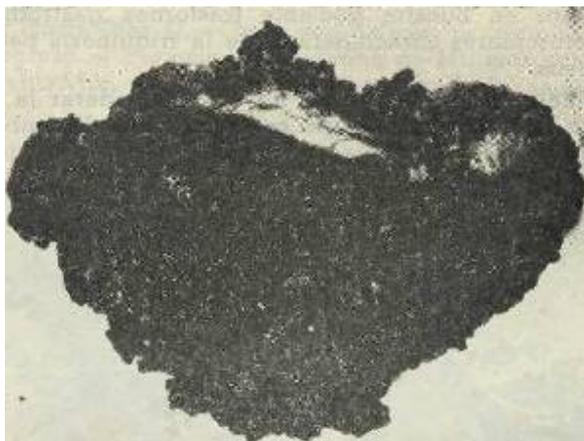
ferma y bajo qué mecanismo provocaría la sintomatología anotada.

En conclusión no creo que pueda llegar a ningún diagnóstico preciso.

Doctor Hernán Corrales Padilla.—Fui llamado en consulta por el Dr. Bueso encontrándonos con una enferma bastante grave, con un cuadro alarmante de la pierna izquierda. El Dr. Bueso suponía un proceso crónico pulmonar con repercusión en la arteria femoral, dando lugar a un espasmo o embolia arterial por lo que era

necesario recurrir a una embolectomía o a una simpatectomía. He de hacer constatar que cuando llevamos a la paciente a la Sala de Operaciones aún no habíamos obtenido ningún dato de parte del radiólogo. También noté en esta paciente lesiones de tipo nodular subcutáneo que me hicieron pensar vagamente en nódulos de tipo metastático.

Doctor Alvarado.—Ahondando más en las características de la imagen radiográfica bien podría tratarse de una tuberculosis



Mesenterio: Metástasis de Melanoma maligno

masiva, acompañada a su vez de lesiones cutáneas del mismo tipo. La orina obscura se explicaría por lesión tuberculosa del riñón. Pudo también tratarse de una micosis y he de hacer notar también que he observado imágenes radiológicas similares en caso de neumonía atípica.

Doctor Virgilio Banegas M.—Según los datos que se desprenden del arteriograma practicado por el Dr. Hernán Corrales P., que concuerdan con los datos clínicos, nos decidimos por practicar una simpatectomía lumbar, pero considerando que anteriormente se había hecho un bloqueo sin ningún resultado, decidimos incidir la arteria femoral, notando un estrechamiento de la misma por debajo del arco de Poupart, encima del cual las pulsaciones se percibían perfectamente, no así por debajo del mismo. Al incidir la arteria introdujimos un catéter el cual pasó a la femoral profunda pero que no fue posible hacerlo pasar por la femoral superficial. Mientras tratábamos de vencer el obstáculo, perforamos desgraciadamente la arteria y nos, vimos obligados a reseca el segmento interesado que fue enviado al Servicio de Anatomía Patológica. **A través** de la incisión practicada para la simpatectomía noté un **as-**

pecto azulado del peritoneo, no atreviéndome a abrir el mismo para no aumentar el shock traumático operatorio.

Doctor Carlos Delgado.—La leucocitosis y pulso acelerado me hace pensar en un proceso agudo, que sumado al aspecto azulado de las vísceras intraperitoneales podría muy bien interpretarse como una trombosis de los vasos mesentéricos.

Doctor Osorio Contreras.—Los procesos infecciosos agudos, la fiebre tifoidea, pueden ser perfectamente causa de trombosis.

Doctor José Gómez-Márquez Girones.—Es interesante en la historia el hecho de que a esta paciente se le practicó enucleación del ojo derecho seis meses antes en el Servicio de Oftalmología a mi cargo. Es de consignar que la enucleación de un ojo solo se practica en casos limitados, como por ejemplo, tumores malignos.

Doctor Ochoa Reina.—Premeditadamente he querido dar mi opinión por último puesto que fui yo quien vio a la paciente por primera vez hace seis meses en el Servicio de Oftalmología cuando presentaba una pequeña tumoración en el limbo paracorneal del ojo derecho, un fragmento del cual fue remitido al servicio de Anatomía Patológica, habiendo reportado el patólogo R. A. Durón un melanoma maligno, lo cual nos indujo a practicar la enucleación.

HALLAZGOS DE AUTOPSIA (Dr. J. A. Cueva)

Cadáver con tegumentos pálidos presentando dos incisiones quirúrgicas una en el hipocondrio izquierdo y otra en el tercio superior del muslo, cara interna. Hay ausencia del ojo derecho y en el cuello se palpa una tumoración movable tamaño mandarina (Bocio). Al practicar la incisión media hay exudación de líquido color caoba claro de la cavidad abdominal. En la revisión de órganos se constata una generalización metastática de un melanoma maligno que fue diagnosticado en noviembre de 1954, las metástasis son numerosas en los órganos siguientes; Amígdalas, pulmón, tiroides, corazón, hígado, páncreas, ovario, riñones, suprarrenales, estómago, intestino, mesenterio, útero, sistema ganglionar, serosas parietales, cerebro, cerebelo y médula. El esqueleto presentaba numerosas metástasis especialmente en las regiones esponjosas estando muy interesada la columna vertebral dorsolumbar. La revisión en los sitios operatorios no dio ninguna luz sobre el proceso espasmódico arterial. Los exámenes histológicos de todos los órganos antes citados mostraron típico Melanoma Maligno.