

RETICULOSARCOMA DEL BAZO "

Dr. Silvo R. Zúñiga ()*

E. M. C, hombre de 25 años de edad, labrador, originario de Ocotepeque y **residente** en Libertad, Santa Bárbara, ingreso a la 1^ª **Cirugía** de Hombres del Hospital General de **Tegucigalpa**, amparado en el registro N^º 160175, el 9 de junio, 3 970.

S. P.: Tumor abdominal.

E. A.: Manifestó el paciente que siendo completamente sano inició su padecimiento hace 2 años por pérdida del apetito que mantuvo por 3 meses como único síntoma. Al finalizar ese lapso inició fiebre no **cuantificada**, precedida de escalofríos y no seguida de **diaforesis**, la cual se **le** presentaba diariamente sin horario preciso y que mantuvo por 15 días. Tuvo que guardar cama por 3 meses pues se sentía extremadamente débil. Fuera de pérdida de peso no hubo ninguna otra manifestación hasta hace 11 meses en que notó el apareamiento de una pequeña tumoración en flanco izquierdo, de consistencia dura, que fue creciendo **progresivamente** acompañándose de dolor que le aparece súbitamente y permanece por varios días, luego se calma y reaparece **al** palpase la tumoración; en los últimos meses se presenta en días alternos y se exacerba con el ejercicio o la ingestión *de* alimentos, los que le producen, además, sensación *de* llenura que le da la impresión que el estómago se le va a reventar; sin embargo, niega náusea o vómito.

Hace 7 meses estuvo en tratamiento médico en San Pedro Sula pero no obtuvo mejoría. Luego se internó en el Hospital de Occidente *de* Santa Rosa *de* Copan donde le efectuaron numerosos exámenes y fue **laparotomizado** pero continuó con su tumoración, la anorexia, el dolor abdominal y la sensación de llenura gástrica mencionada.

En la actualidad acusa mareos, debilidad general y acentuada pérdida de peso.

F. O. G.: Anorexia desde inicio de enfermedad. No hay alteraciones urinarias. Defeca una vez al día y sus heces son normales. Antes padeció de insomnio pero en la actualidad duerme bien.

Sus antecedentes no son contribuyentes.

Hábitos: no fuma ni ingiere bebidas alcohólicas.

Dietética: buena en calidad y cantidad antes de su enfermedad. En la actualidad se alimenta exclusivamente con líquidos y huevos crudos.'

Revisión de síntomas: suave cefalea generalizada, visión borrosa, palpitaciones y disnea de medianos esfuerzos, edema ocasional en miembros inferiores al permanecer mucho tiempo de pie.

(*) Jefe del Departamento Quirúrgico del Hospital General de **Tegucigalpa**
Profesor de Diagnóstico Quirúrgico de la Facultad de Ciencias Médicas.

EXAMEN FÍSICO

Paciente con mal estado nutricional y regular estado general, muy pálido, cooperador, mostrando buena orientación.

P. A.: 110/70; P.: 100 p. m.; R.: 20 p. m.; T.: 36°5 C. Peso: 120 libras. Talla: 1,72 m. Superficie corpórea: 1,60 m². La parte inicial del examen es negativa en aportaciones anormales.

Abdomen: Asimétrico a expensas de un mayor volumen en mitad izquierda del mismo. Cicatriz operatoria paramedia izquierda de 15 cms. de longitud. No hay panículo adiposo y la palpación demuestra que la pared es depresible y moderadamente dolorosa en epigastrio, mitad izquierda de mesogastrio y flanco izquierdo. En estas zonas se detecta la presencia de una gran tumoración ovalada de eje mayor vertical, de 20 x 16 cms., de consistencia dura, no movable con la respiración ni movilizable manualmente y que produce peloteo lumbar; toda su mitad interna aparenta estar constituida por nodulos que yacen en una superficie más o menos lisa pero su mitad externa es definitivamente lisa; en su polo inferior se logra detectar un borde cortante y un remedo de muesca pero por encima de ella la masa tumoral es esférica y desaparece bajo reborde costal correspondiente; al colocar al paciente en decúbito lateral derecho parece que la masa se traslada parcialmente más allá de la línea media. La masa es uniformemente mate y por fuera de ella no se detecta timpanismo. Al contracturar la musculatura abdominal la masa continua haciéndose evidente pero sus límites desaparecen. En toda la zona tumoral no se escuchan ruidos intestinales.

Hígado dentro de límites normales.

Bazo no es detectable pues la masa tumoral aparentemente invade zona esplénica.

Otro tanto puede decirse del riñon izquierdo.

El resto del examen no fue contribuyente.

Las impresiones diagnósticas del historiador fueron:

1) Hipernefrona, 2) Teratoma retroperitoneal y 3) Liposarcoma **retroperitoneal**.

EXAMENES Y NOTAS

10-VI El Residente de Cirugía adscrito rotatoriamente al Servicio resumió la historia y hallazgos exploratorios. Opinó que el bazo era normal y dejó constancia de su impresión diagnóstica: hipernefroma o sarcoma retroperitoneal.

Orina: amarilla, ligeramente turbia, pH 5, 1.010 de densidad, indicios de albúmina, glucosa negativa. Leucocitos y epitelios + + . V.D.R.L.: Negativa. T. C: 6' 10" T. S.: 30". G. R.: 2.500.000. B.: 8.050 Hg.: 6,1 gm%. Ht: 18 vols.%. N: 71%. L: 29%. V.C.M.: 72. C.M.Hb.: 24. C.C.M.Hb.: 33.

11 -VI Heces: Negativo por parásitos.

Nota del Jefe del Servicio: "Las masas tumorales intraabdominales mediales las interpretamos como linfadenopatías. Además de ello consideramos que el bazo está aumentado de tamaño y desciende hasta fosa ilíaca izquierda. Uniendo ambas localizaciones linfáticas tenemos que pensar en procesos inflamatorios o neoplásicos; de los primeros tendríamos que mencionar a la tuberculosis abdominal pero, sin embargo, hacen falta síntomas para completar el cuadro clínico; de los segundos cabría pensar en linfomas malignos, especialmente en un Hodgkin abdominal. Se hará estudio para localizar radiológicamente la tumoral".

Radiografía de tórax; Zonas de atelectasia laminar en base izquierda. Resto de campos pulmonares libres. Elevación de la cúpula diafragmática izquierda. Corazón y aorta normal.—Dr. **Pereira.**

12-VI. *Placa simple de abdomen:* Existe gran masa tumoral que ocupa el hipocondrio izquierdo, el epigastrio y el flanco del mismo lado, llegando hasta la fosa ilíaca parcialmente. En el interior de esta masa tumoral hay imágenes suaves radio-opacas que nos parecen debidas a posibles depósitos fuertes de hemosiderina. Recomendamos investigar drepanocitosis. Nuestra primera impresión es **que** se trata de una esplenomegalia. Sin embargo, debe considerarse la posibilidad de un riñon considerablemente aumentado de tamaño y recomendamos un pielograma endovenoso para completar examen.—Dr. Pereira.

13-VJ: N. N. P.: 47 mg.% Glicemia: 90 mg.%; Creatinina: 2,2 mg.%; proteínas totales: 6,0 gm.%; albúmina: 2,6; globulina: 3,4; Relación A/G: 0,7 Eritrosedimentación: 12 mm. por hora. *Pielografía descendente:* El contorno del riñon derecho, aunque con alguna dificultad, puede delimitarse bien. El medio de contraste se elimina con muy poca concentración pero puede verse la pelvis y parte del uréter en posición normal. El área renal izquierda no se puede delimitar con claridad a través de las opacidades descritas en el hipocondrio y flanco izquierdos. No vemos ninguna imagen de contraste en este lado. Sugerimos la necesidad de un pielograma retrógrado.—Dr. Pereira.

15-VI: *Pielograma por perfusión:* Esta muestra buena eliminación y apariencia normal en el lado derecho. En el lado izquierdo sigue observándose la gran masa tumoral con depósito radio-opaco en su interior. A través de la misma puede identificarse ahora el riñon izquierdo un poco descendido. En la última placa se observan imágenes caudales y pélvicas ligeramente dilatadas.—Dr. Pereira.

16-VI: *Tránsito gastrointestinal:* El estómago y duodeno muestran gran desplazamiento hacia el lado derecho por la gran masa tumoral. No hay evidencia de patología en vías digestivas.—Dr. Pereira.

Fue analizado el caso por el Grupo Quirúrgico de VI Curso y la opinión prevaleciente entre Profesor y alumnos fue que se trataba de un liposarcoma o de un teratoma retroperitoneal; solo un alumno creyó que se trataba de un linfoma tipo Hodgkin.

Se nos ocurrió que en el acto quirúrgico que le efectuaron en el Hospital de Occidente le hubieran tomado biopsia y que la hubieran remitido a este centro para estudio; comprobamos que efectivamente el Departamento de Patología recibió el 13-1-70, 3 muestras procedentes de este paciente: una de un ganglio gastroepiploico, un fragmento de epiplón mayor y otro de la tumoración. El diagnóstico clínico del médico remitente era tumor pancreático. El material remitido no pudo ser interpretado porque las muestras llegaron autolizadas.

Previa preparación del paciente y de la administración de 2 transfusiones de sangre, el paciente fue laparotomizado el 17-VI-70 comprobándose en el acto quirúrgico que la tumoración hacía cuerpo con el bazo aumentado de volumen (Fig. 1); la tumoración estaba ubicada en la parte media del órgano y lateralmente la pulpa esplénica estaba constituida por una delgada lámina; la liberación del bazo fue laborioso pero, finalmente, pudo exteriorizarse comprobándose entonces que el polo superior del bazo presentaba igualmente oíros nodulos que habían invadido el lóbulo izquierdo del hígado, al que estaban fuertemente adheridos (Fig. 2). Se efectuó resección parcial de este lóbulo y se ligó

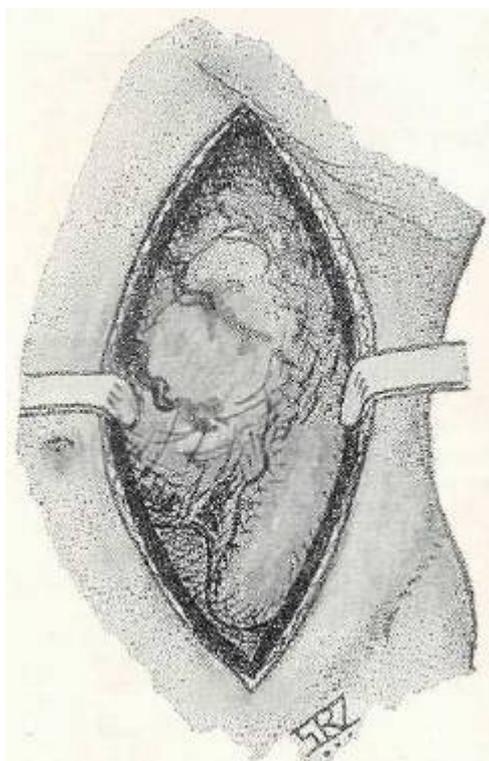


Fig. 1
Detalle inicial de laparotomía

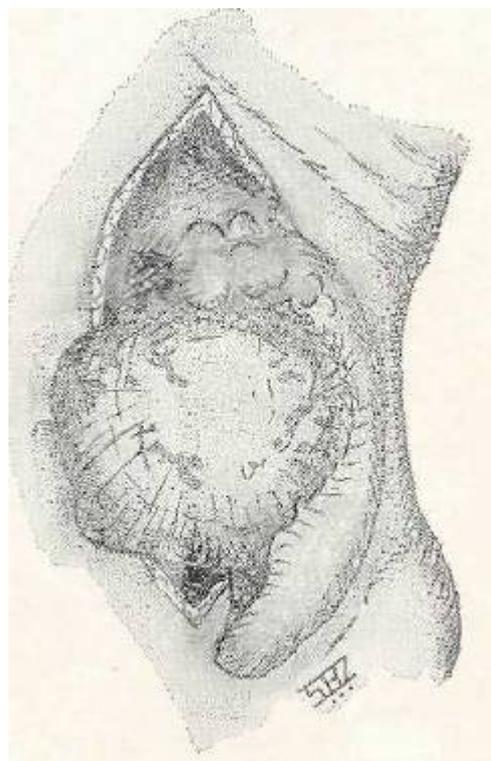


Fig. 2
Tumor esplénico exteriorizado. Se comprueba la invasión del lóbulo izquierdo del hígado.

el pedículo esplénico. Dos nodulos fueron extirpados del diafragma que estaba en contacto con la tumoración.

La pieza reseca fue enviada a Patología de donde vino la siguiente descripción:

La muestra consiste en una tumoración gigante que mide 30 x 20 x 20 cms. y que pesa 2.940 gms., de color amarillento, bien encapsulada, haciendo cuerpo con el bazo, el cual está comprimido hacia la periferia y casi totalmente reemplazado por el tejido tumoral, del cual se ve bien demarcado (Fig. 3). Al corte el tumor es blanquecino, blando, como carne de pescado, con extensa necrosis de coagulación y calcificaciones (Fig. 4). Este tumor también invade porción de tejido hepático que está formando cuerpo con el tumor.

MICRO: Hay proliferación extensa y monótona de células anaplásicas con escaso citoplasma, núcleos arriñonados, con prominente nucléolo y abundantes figuras mitóticas. Esta célula indica que es de origen reticular y, por lo tanto, la lesión debe considerarse como un linfoma probablemente originado en bazo. Hay áreas de necrosis, hemorragia y microcalcificación. El tejido neoplásico ha invadido hígado y bazo. Diagnóstico: Reticulosarcoma probablemente primario en bazo.—Dr. Virgilio Cardona L.

COMENTARIOS

En general, los tumores primarios del bazo son raros, sean éstos benignos o malignos (1). Schwegman y Miller (2) aseguran que los tumores esplénicos malignos, sean primarios o metastásicos, son muy escasos aunque la esplenomegalia a menudo acompaña a la enfermedad de Hodgkin y a los linfomas.

Bostick (3) encontró 5 casos de tumor esplénico primario en un estudio de 17.707 autopsias y de 68.820 especímenes quirúrgicos. Gordon y Paley (4) en 1951 informaron 2 casos personales y colectaron un total de 189 casos de la literatura mundial. De esta fecha hasta 1962 fueron agregados 9 casos. Das Gupta y Col. (5) informaron 10 casos más, en 1965, procedentes de un centro oncológico de Nueva York. Estos datos estadísticos demuestran que en realidad los tumores esplénicos malignos primarios son raros.

En nuestro Hospital General solo tenemos conocimiento de 2 tumores malignos primarios del bazo y ambos han sido casos personales. El primero ocurrió en 1965 en un hombre de 29 años y en quien el Departamento de Medicina Interna había hecho el diagnóstico de Esplenomegalia Palúdica y que fue remitido a Cirugía para esplenectomizarlo para evitar una ruptura traumática del órgano; el estudio histopatológico del bazo resecaado demostró que se trataba de un linfosarcoma linfocítico. El segundo caso es objeto del presente informe.

El criterio para considerar un linfoma como primario en el bazo lo establecen Das Gupta y Col. así: la sintomatología primaria es esplenomegalia con incomodidad mecánica asociada; las investigaciones clínicas, bioquímicas, hematológicas y radiológicas deben excluir cualquiera evidencia de otra localización; el examen intra-abdominal durante la laparotomía debe mostrar ausencia de localización ganglionar mesentérica y paraórtica; debe transcurrir un arbitrario intervalo de 6 meses entre la fecha de diagnóstico de linfoma del bazo y la aparición de la misma enfermedad en otra localización.

Bostick clasificó los tumores primarios del bazo basándose en los diferentes tipos de tejido encontrado en ese órgano. De acuerdo a ello se han descrito 7 tipos fundamentales: tumores vasculares, tumores linfoides, tumores de las células retículoendoteliales, tumores derivados del tejido fibroso, tumores de músculo liso, tumores procedentes de elementos nerviosos y tumores de inclusiones embriónicas. Das Gupta y Col. creen que para objetivos prácticos puede adoptarse una modificación de la clasificación *de* Smith y Rusk, así: tumores originados en la cápsula y trabéculas, en elementos linfoides, en el endotelio vascular o sinusal y de inclusiones embrionarias.

Los pacientes con neoplasias malignas primarias del bazo a menudo se quejan de trastornos gastrointestinales vagos, caracterizados por náusea, anorexia y ocasionales episodios de vómito. Algunos pueden dar una historia sugestiva de úlcera péptica. La pérdida de peso es un hallazgo frecuente.

El diagnóstico se basa en la eliminación de otra causa de esplenomegalia y de hiperesplenismo asociado con esplenomegalia. Deben efectuarse cuidadosos estudios de sangre periférica, aspiración de médula ósea, biopsia hepática, etc. Se ha observado una hipogammaglobulinemia y esta constatación podría ser de ayuda diagnóstica. No todos aceptan la punción-biopsia del bazo como adecuada para efectuar el diagnóstico y se teme a la hemorragia. Por observaciones recientes se cree que los glóbulos rojos calentados y marcados con Cromio 51, que se acumulan en el bazo, puede utilizarse gammagráficamente, lo que podría ser de prueba diagnóstica y de uso terapéutico.

La esplenectomía temprana es el método de elección de tratamiento. Se ha demostrado que la radiación postoperatoria del lecho esplénico puede dar una paliación más prolongada (1.500 r).



Fig. 3
Bazo y tumoración vistos por la cara lateral. Se nota el adelgazamiento del parénquima esplénico y en la parte superior e izquierda el lóbulo izquierdo del hígado invadido.



Fig. 4
Corte a través del tumor para demostrar su aspecto macroscópico.

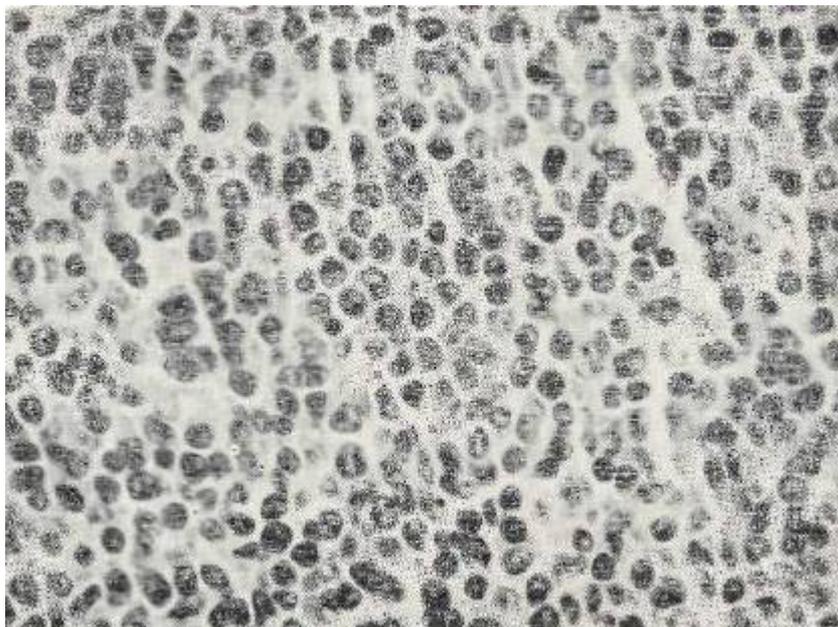


Fig. 5

Se observa el pleomorfismo c hiperchromatismo celular. Se notan células de núcleo arriñonado que sugieren el rigen reticular. 45 X

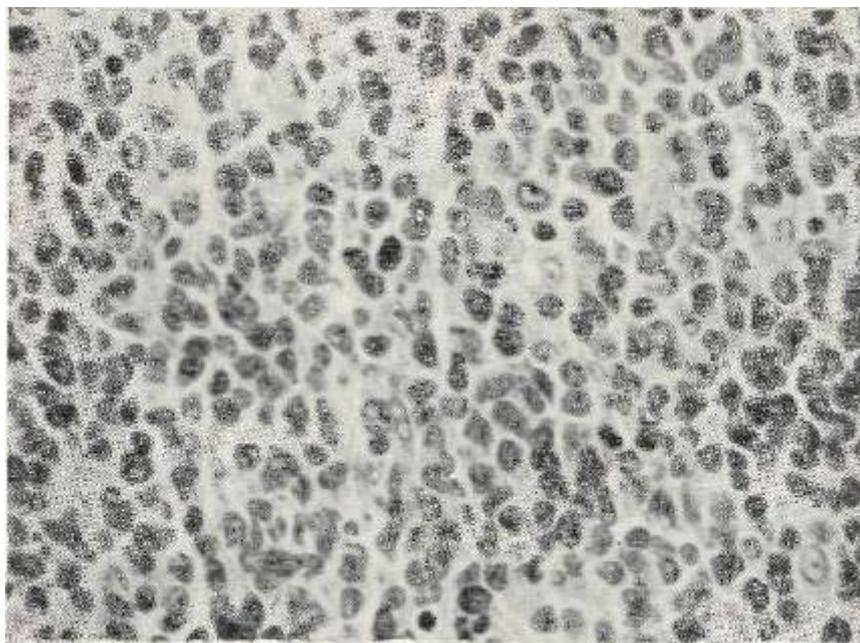


Fig. 6

Nótese el **aumento** de figuras mitóticas por campo. 43 X.

En la literatura revisada no se especifica la frecuencia de cada una de las variantes histopatológicas de tumores primarios. En el pequeño grupo de 10 casos de Das Gupta, en 9 oportunidades fueron linfomas y en una ocasión fue un angiosarcoma; entre los primeros, 4 eran linfosarcoma y 5 sarcoma de células reticulares.

Las localizaciones más frecuentes del sarcoma de células reticulares son los ganglios retroperitoneales y en el tejido linfoide del aparato gastrointestinal, siguen en frecuencia las amígdalas y los ganglios linfáticos mediastínicos. En general, el reticulosarcoma no es muy frecuente; en una serie de Meeker y Col. (6) en que se efectuó esplenectomía por linfoma maligno y leucemia crónica, sólo en 8 de 89 casos (8,9%) pertenecían a este tipo histológico pero no se especifica si eran primarios o sistémicos.

Según Robbins (1) éste es principalmente un tumor de varones y mujeres de edad avanzada, pero en los jóvenes no son raras sus ubicaciones óseas. La enfermedad suele seguir un curso inexorable, por lo común sin remisiones; con frecuencia hay diseminación a otros órganos y su pronóstico suele ser grave y los pacientes mueren antes de dos años de haberse hecho el diagnóstico.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.—Robbins, S. L.: Tratado de Patología. Pág. 627, Editorial Interamericana, S. A., México. Tercera Edición 1968.
- 2.—Schwegman, C. W. y Miller, L. D.: Splenectomy: Reduction of mortality and morbidity. *The Surg. Clin, of N. A.* 42: 1509, 1962.
- 3.—Bostick, W. L.: Primary splenic neoplasms. *Amer. J. Path.* 21: 1143, 1945.
- 4.—Gordon, J. D. y Paley, D. H.: Primary malignant tumors of the spleen. *Surg.* 29: 907, 1951.
- 5.—Das Gupta, T., Coombes, B. y Brasfield, R. D.: Primary malignant neoplasm of the spleen. *Surg. Gyn, and Obst.* 120: 947, 1965.
- 6.—Meeker, W. R., DePerio, J. M., Grace Jr., J. T., Stutzman, L. y Mittelman, A.: The role of splenectomy in malignant lymphoma and leukemia. *The Surg. Clin, of N. A.* 47: 1163, 1967.