

SECCIÓN ANATOMOCLINICA

CASO PRESENTADO EN EL AULA "NAPOLEÓN BOGRAN" DEL HOSPITAL GENERAL POR EL DR. VIRGILIO CARDONA L. (*) Y DISCUTIDO POR EL DR. SILVIO R. ZUÑIGA (**)

Manuel Sánchez Zepeda, labrador de 51 años, originario y procedente de Güinope (El Paraíso) frecuentó al Hospital General en las siguientes ocasiones:

PRIMER INGRESO

El 12 de febrero de 1966 fue internado en Medicina de Hombres por un síndrome pilórico de 2 meses de evolución. Manifestó que únicamente podía comer alimentos líquidos (oatmeal y leche) y todo otro alimento lo vomitaba 2 horas después de ingerido. Radiológicamente se constató marcada dilatación gástrica con retención de restos alimentarios; 3 días después de efectuado el examen aún permanecía el medio baritado en el estómago. En esa ocasión sus G. R. fueron de 3.080.000 mm³, el Ht. de 24 vols.%, la Hg-6, 2 gm.%, los G. B. de 10.550 mm³ con N-65% y L-35%. El quimismo gástrico reveló que el HCl libre basal estaba aumentado a 58° y se elevó moderadamente con estímulo histamínico (69°).

El 27 de febrero de 1966 fue trasladado a la 1ª Cirugía de Hombres con el diagnóstico de carcinoma gástrico. En el nuevo servicio se puso en duda la naturaleza maligna del proceso y fue intervenido quirúrgicamente el 3 de marzo de 1966, comprobándose que la causa de la obstrucción era una úlcera prepilórica localizada en la curvatura menor y que había penetrado a la cara inferior del lóbulo izquierdo del hígado, trayendo como consecuencia una retracción fibrosa con suspensión del extremo distal del estómago; se separó el estómago del hígado, se escindió todo el margen de la úlcera y se prolongó la incisión sobre el píloro y sobre la 1ª porción del duodeno, suturando en 2 planos la herida gastroduodenal (piloroplastia), quedando un amplio paso del estómago al duodeno. La exploración de los órganos intraabdominales accesibles no demostró patología. Su postoperatorio fue normal, la biopsia fue informada como "úlcera péptica, región pilórica" (C = 739). Se le dio de alta el 15 de marzo de 1966 bajo tratamiento anticolinérgico ya que no se le pudo efectuar vagotomía por temor a una mediastinitis consecutiva a la contaminación del campo operatorio. Se le recomendó continuar su control en Consulta Externa.

CONSULTA EXTERNA

En el expediente de Consulta Externa existen las siguientes notas:

1.—El 19 de octubre de 1967 (19 meses después de exhospitalización) se presentó a consulta manifestando que desde hacía 2 semanas sufría de dolores abdominales de predominio epigástrico. Se le ordenó un tránsito gastroduodenal que no se efectuó por falta de dinero (?).

(*) Jefe Departamento Patología U.N.A.H. y del Hospital General. (**) Prof. Diagnóstico Quirúrgico y Jefe Departamento de Medicina U.N.A.H. y Hospital General.

2.—El 15 de noviembre de 1968 (13 meses después de la fecha anterior) se presenta nuevamente por dolor abdominal y le recetaron tintura de belladona y antiácidos.

3.—No hay constancia en el expediente pero el 28 de febrero de 1970 (14 meses después de su 2ª visita a Consulta Externa) se le toma un tránsito gastroduodenal que se encontró entre las radiografías que se nos entregaron pero de cuyo ordenamiento no hay constancia y en el protocolo no existe ningún informe.

4.—El 17 de septiembre de 1970 acudió por síndrome gripal y se le dio tratamiento sintomático y 3 inyecciones de penicilina.

5.—El 28 del mismo mes regresó, ya sin gripe pero con anorexia. Se le ordenaron exámenes de laboratorio.

6.—El 2 de octubre presentó exámenes de rutina que fueron **considerados** normales (**Hg-13,8 g.%** y **Ht-45 vols.%**) con excepción de un examen *áde* heces positivo por quistes de Entamoeba histolytica por lo que se le dio **carbarsone**.

7.—El 15 de octubre manifestó que se sentía débil. Se le dieron **multivitaminas** y se dirigió a exodoncia.

8.—En Medicina Oral se le extrajeron restos dentarios.

SEGUNDO INTERNAMIENTO

El 23 de noviembre de 1970 es internado **nuevamente** a Medicina d? Hombres, siendo su

S. P.: Diarrea y dolor abdominal.

E. A.: La diarrea se inició 13 días antes de su ingreso, contando 8-10 deposiciones al día, con moco y sangre, acompañándose de pujo y tenesmo.

Igualmente presentaba fiebre elevada, no cuantificada y que cedía a los antipiréticos con sudoración profusa.

8 días antes empezó a presentar dolor abdominal localizado en flanco izquierdo, tipo sordo, sin irradiación, de carácter permanente y que no guardó relación con las comidas ni con la diarrea.

3 días antes de su ingreso empezó a notar distensión abdominal moderada, la que fue en aumento. También estuvo presentando hipo desde el inicio de la diarrea.

En el momento del internamiento, la diarrea y el dolor abdominal, así como los demás síntomas continúan sin variación notable, únicamente había disminuido la fiebre.

Desde hacía 7 días notó que sus escleróticas estaban amarillas pero dice que su piel ha tenido el mismo color amarillento desde **hacía 3** meses y que el mismo había ido en aumento.

F. O. G.: Defecación lo referido, hiporexia, orina y sueños normales.

Hábitos: Alcoholismo durante 20 años (Va litro de aguardiente cada 8 días) pero desde hace 10 años dejó de efectuar "tal práctica. Antes de la operación fumaba 1 paquetito de cigarrillos al día pero desde esa fecha no lo hace..

En revisión de síntomas se hace énfasis que no hay náuseas, vómitos ni acidez gástrica.

EXAMEN FÍSICO

Paciente en la 6^a década (56 años) que aparenta tener mayor edad, con tinte icterico en escleróticas y piel, lúcido, cooperador y orientado. Escaso pániculo adiposo y con facies de enfermedad crónica.

P. A.: 90/60 T.: 37°2 C P.: 96 p. m. F. C: 100 p. m. R.: 25 p. m.

En boca se constató sequedad de mucosa y placas de moniliasis en moderada extensión.

En pulmones no se comprobó signología especial.

En abdomen se aseguró que estaba moderadamente distendido, tenso y con circulación venosa superficial visible en toda su extensión, principalmente en epigastrio e hipocondrios. Se constató la cicatriz operatoria paramedia supra-umbilical derecha.

La tensión de la pared impidió una adecuada palpación. Se creyó en la existencia de onda líquida (+).

La percusión demostró timpanismo generalizado con excepción de H. D. y del epigastrio que fueron mate.

Se escucharon 8 ruidos intestinales por minuto y de escasa sonoridad.

No fue informado el límite superior de la macicez hepática pero el Interno creyó palpar el borde del hígado a 4 traveses de dedo en las líneas medioaxilar y medioclavicular derechas siendo el mismo uniforme y su palpación no dolorosa. La puñopercusión costal fue negativa.

El bazo no fue percutible.

El tacto rectal fue negativo y no se comprobaron hemorroides; la ampolla estaba vacía y el dedo enguantado salió limpio.

El resto del examen fue negativo en aportaciones anormales.

Las impresiones diagnósticas del Interno fueron:

- 1.—Disentería amibiana.
- 2.—Ictericia obstructiva por estenosis postoperatoria.
- 3.—Descartar cirrosis hepática.

EXAMENES Y NOTAS

El 24 XI: Afebril con mal estado general. La diarrea disminuyó y las evacuaciones se habían tornado blandas en lugar de ser líquidas. El abdomen se presentó menos tenso, se ratificó la presencia de onda líquida intraperitoneal y la hepatomegalia, que fue calificada de uniforme y no dolorosa.

G. R.: 2.680.000 mm³, L-7.650 mm³, Ht-No fue informado.
N-95%, E-1%, L-3%, M-1%.

En la orina se informó indicios de albúmina, pigmentos biliares positivos, sangre oculta positiva, leucocitos ++ y bacterias + + +.

En heces se encontraron quistes de Giardia lamblia -|- y levaduras + + •

El 25-XI: V. D. R. L.: Negativa; N.N.P. 35 mgm.%, glucosa-81 mgm.%, T. S. G. P.-120 U, bilirrubina total: 6,6 mgm%, directa: 4,6, indirecta: 2.0, turbidez del Timol: 11,0 U, colesterol total: 193 mgm.%, fosfatasa alcalina: 12,5 U, T. de Protrombina: 15" = 68% (control 13"=100%).

El 26-XI: Radiografía pulmonar: En ambos pulmones se observan numerosas opacidades redondeadas, las cuales son especialmente numerosas en el campo medio e inferior. El corazón es de forma y tamaño normales. La aorta muestra calcificaciones arterioescleróticas en el cayado. Mediastino normal. Impresión: metástasis pulmonares de tipo hematógeno.—Dr. Jorge Rivera. (Fig. 1).

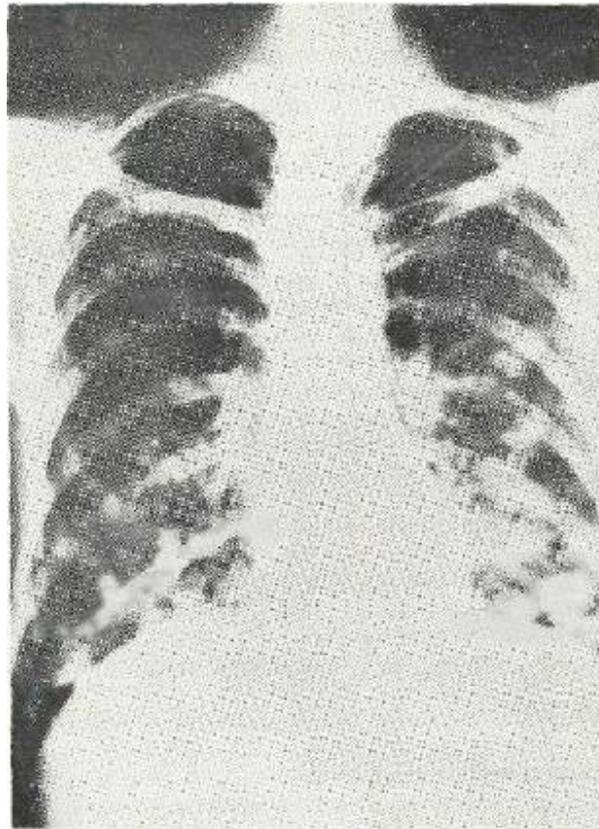


Fig. 1
Radiografía pulmonar de noviembre 1970

El 27-XI se mandó investigar motilidad de cúpulas diafragmáticas pero el Radiólogo informó: condensaciones redondeadas dispersas en la totalidad de ambos pulmones hace pensar en un proceso metastásico.—Dr. Corrales.

El 27-XI fue enviado a Rayos X para efectuar un tránsito gastro-intestinal. A su regreso de ese Departamento el Interno consignó la siguiente nota:

"Paciente recién llegado a la Sala y proveniente del Departamento de Radiología donde le practicaron una serie gastroduodenal, muere aproximadamente a las 11:30 a. m. Cuando llegamos a la Sala se buscan signos vitales los cuales están ausentes, dándose el diagnóstico de muerte. Hoy se le practicará autopsia a las 2 p. m."

Al siguiente día llegó el informe del tránsito: "Se observa proceso orgánico que invade la mayor parte del estómago, principalmente en la región **antral**, con retracción de la curvatura mayor. Impresión: muy posible neoplasia gástrica.—Dr. Pereira".

Durante este internamiento estuvo afebril. Se le dio 1 ampolla diaria de Emetina y Carbarsone 1 tableta t. i. d. Los 2 primeros días recibió 1.000 cc. de suero mixto con Complejo B y vitamina C. La última indicación fue **yoduro de K**, XV gotas q. i. d.

DISCUSIÓN DIAGNOSTICA

Dr. Silvio R. Zúñiga:

La primera pregunta que surge ante el presente caso es **!a siguiente:** ¿

¿Es la lesión pulmonar constatada en su último internamiento de naturaleza cancerosa o de etiología inflamatoria?

Por razones obvias, que no creemos del caso mencionar, la tuberculosis pulmonar puede ser eliminada desde un principio.

En nuestra opinión podrían existir tres afecciones pulmonares micóticas que deben ser consideradas. Dado un hallazgo de examen físico cabría pensar en la moniliasis pulmonar; sin embargo, la imagen radiológica recuerda la de la bronconeumonía, es rara como afección primitiva y la *Candida albicans* es una invasora secundaria a otra patología pulmonar (cáncer del pulmón, tuberculosis pulmonar, bronquiectasia, etc.); si en este paciente había moniliasis bucal fue debido al deterioro de su estado general y, probablemente, no existía invasión pulmonar. La otra micosis que debe entrar en las consideraciones diagnósticas es la histoplasmosis; esta enfermedad sigue un curso crónico y se caracteriza por fiebre, pérdida de peso, diarrea, anemia, *leucopenia*, hepato y *esplenomegalia*; los pulmones son invadidos en los casos generalizados y tales lesiones son *pequeñas, pleurales y subpleurales* y causan *dolor pleural*. La negatividad de lo subrayado hace que excluyamos esta micosis como causante de la imagen radiológica pulmonar del paciente. En la *sarcoidosis* hay participación pulmonar así como de ganglios linfáticos, hígado, bazo, piel y ojos. La imagen radiológica de pulmones revela, fuera de las lesiones pulmonares (fibrosis en banda o nodulos) la existencia de linfadenopatía hilar desde su inicio, que ensancha al mediastino.

La *coccidioidomicosis* creemos que, igualmente, puede eliminarse pues radiológicamente se comprueba engrosamiento hilar junto a las lesiones pulmonares nodulares. Usualmente cura espontáneamente pero al generalizarse logra invadir huesos, tejido celular subcutáneo y órganos internos.

Por exclusión tenemos que aceptar que la lesión es de naturaleza cancerosa y, dada la amplia ubicación de los nodulos en las partes media e inferior de ambos pulmones, es obligatorio creer que son de naturaleza metastásica y no primitivas. Viene en apoyo de esta creencia el hecho que 2 Radiólogos capacitados hayan interpretado las imágenes como metástasis hematógenas y como tal las aceptamos.

¿Existirá un nexo entre la enfermedad presentada en el primer internamiento y la que adolecía en el segundo que lo condujo a la muerte?

Creemos tener argumentos para poder contestar negativamente a esta nueva interrogación:

- 1) La exploración quirúrgica efectuada en el primer internamiento fue negativa local y regionalmente.
- 2) El estudio histopatológico de la lesión ulcerosa extirpada en su totalidad fue negativa por malignidad.
- 3) Existe un lapso demasiado prolongado para pensar que esta lesión gástrica haya sido maligna y erróneamente interpretada como benigna y este mismo internamiento es valioso para eliminar que en aquel tiempo ya haya existido otra neoplasia maligna extragástrica.

4) El quimismo gástrico efectuado en aquella época demostró hiperacidez, lo que sin ser definitivo adquiere valor si se acopla a los datos **negativos** aquí mencionados.

5) En el primer internamiento tenía valores hematológicos bajos (Ht-24 vols.% con Hg-6, 2 gm.%) que 4 años y 5 meses después, estando en Consulta Externa, se demostró que habían mejorado espontáneamente (**Ht-45 vol %**, Ht-13,8 gm.%), lo que no es compatible con la evolución de un cáncer que progresivamente va minando el estado general.

6) En las últimas 4 visitas a Consulta Externa el paciente no acusó ninguna molestia gástrica ni abdominal y sólo en el segundo internamiento hacen aparición las mismas.

Los anteriores argumentos nos inclinan, pues, a pensar que hay independencia de enfermedad entre los dos internamientos que tuvo el paciente.

Sentado lo anterior ¿cuál es el sitio de origen de tales metástasis?

El examen del protocolo del paciente nos informa que en la última serie gastroduodenal que se le efectuó al paciente horas antes de que muriera, se comprobó la existencia de un proceso orgánico que invadía la mayor parte del estómago, principalmente en su región antral, con retracción de la curvatura menor y en la que se da la impresión de una posible neoplasia gástrica.

Tal hecho es posible y, de acuerdo con nuestro pensamiento expuesto anteriormente, tendría que ser una neoplasia gástrica maligna que se desarrolló posteriormente al primer internamiento. Sin embargo, nace una duda y ella se origina en que el Radiólogo pudo estar en lo cierto en lo relacionado con la existencia de un proceso orgánico pero que pudo estar equivocado en su interpretación. Si recordamos que a este paciente se le hizo una escisión de una úlcera prepilórica y se le efectuó una piloroplastia es factible que la deformación gástrica sea consecuencia de un proceso cicatricial y con retracción y acortamiento de la curvatura menor. Pareciera apoyar a esta duda la ausencia de un nuevo síndrome pilórico y la falta total de otros síntomas gástricos, hechos que debieran estar presentes con una localización antral de la neoplasia.

Ante este razonamiento tendríamos que buscar otro sitio a la ubicación original de la neoplasia maligna; ■ .

1) El duodeno y el intestino delgado no resisten el análisis pues en cualquiera de estas ubicaciones se hubiera presentado un **síndrome** de oclusión mecánica de intestino, hecho que no ocurrió de acuerdo con los datos suministrados.

2) El hígado es otra probable fuente original, sobre todo si recordamos que existía un antecedente alcohólico, que existía una hepatomegalia. Podría ser, pues, un hígado cirrótico que hubiera desarrollado un hepatoma multicéntrico lanzador de metástasis.

Sin embargo, dudamos de esta posibilidad pues es clásico aceptar que en el hepatoma no suele presentarse ictericia, cosa presente en el caso actual; además, no se informa de dureza del hígado, ni de irregularidades en su superficie, ni dolor a la palpación ni a la puñopercusión costal. A mayor abundamiento, el paciente acusó dolor en el flanco izquierdo, sitio donde no radica el hígado.

Por las razones anteriores eliminamos al hígado como sitio original de la neoplasia maligna.

3) De igual modo eliminamos al bazo como sitio inicial del cáncer ya que los cánceres primitivos del mismo son muy raros y no había esplenomegalia en el paciente.

4) Existen datos a favor de la ubicación en la mitad izquierda del colon, más específicamente a nivel del ángulo esplénico o en sus proximidades:

a) Localización del dolor abdominal en flanco izquierdo.

b) Existencia de diarrea con moco y sangre, con lo que se cumpliría la observación clínica que el cáncer de la mitad izquierda del colon se acompaña de cambios defecatorios consistentes en periodos de diarrea, periodos de estreñimiento o alternancia de ellos y, además, la comprobación de sangre no muy modificada en su coloración.

No obstante estos datos, que no deben despreciarse, el cáncer del colon tiene una marcha muy crónica, suele manifestarse por obstrucción mecánica del intestino en sus periodos avanzados, casi no da metástasis (a no ser a los ganglios regionales) y es excepcional que metastaticen hígado y que éste, a su vez, de metástasis pulmonares.

La ubicación colónica no la eliminamos de nuestro diagnóstico final pero, dado el razonamiento anterior, lo dejamos en un segundo lugar de nuestra impresión diagnóstica.

5) El páncreas es el último órgano abdominal tributario de la circulación porta que según nuestro entender podría ser el sitio original del cáncer.

La localización cefálica la eliminamos desde un principio pues es nuestra opinión que con esta localización desde muy temprano se hubiera hecho presente una ictericia obstructiva y ésta dominaría el cuadro clínico. No podemos utilizar el tránsito duodenal para eliminar esta porción del páncreas pues el Radiólogo no informó el mismo.

Creemos que de ser pancreática la localización primitiva del cáncer éste pudo estar en el cuerpo o en la cola, con mayores posibilidades en el primero. Es bien sabido que el cáncer con estas localizaciones no acostumbran dar manifestaciones clínicas evidentes y que, en gran número de casos, se tiene que investigar su posible existencia cuando se constatan metástasis hepáticas o pulmonares. De existir hepatomegalia nosotros pensaríamos que la misma es condicionada por metástasis y la ictericia la interpretaríamos, no como consecuencia de tales metástasis sino, más bien, a la participación de los ganglios linfáticos de hilio hepático, donde producirían ahogamiento de la vía biliar principal.

Las metástasis pulmonares tendrían que ser interpretadas como originadas en las siembras hepáticas o talvez, provenir directamente de la lesión pancreática que logran evadir el filtro hepático.

La lesión gástrica orgánica informada en el último examen radiológico podría tener otra interpretación a la que dimos en nuestra exposición inicial y no ser de naturaleza cicatricial con retracciones consecutivas sino debida verdaderamente a un cáncer, pero no a un cáncer primitivo del estómago sino originado en el cuerpo del páncreas y que secundariamente hubiera invadido al estómago, por mera progresión del mal.

Con esta ubicación pancreática creemos que tendríamos una explicación para casi todos los síntomas presentados en el último internamiento del paciente:

a) La diarrea podría ser consecutiva al déficit de la función exócrina del páncreas.

b) El dolor abdominal continuo y sordo situado a la izquierda de la línea media podría ser testimonio de la invasión perineural característica del cáncer pancreático.

c) La distensión abdominal podría tener varias interpretaciones y ser consecutiva al crecimiento del tumor, al establecimiento de un síndrome de hipertensión portal por ahogamiento de esta vena a nivel del hilio hepático por linfoadenopatías cancerosas o a una peritonitis cancerosa por invasión de esta serosa por células neoplásicas. En apoyo de estas últimas posibilidades estaría la circulación venosa superficial del abdomen y la constatación de líquido ascítico libre.

d) la fiebre la interpretaríamos con una reacción antígeno anticuerpo desen- cadenada por proteínas anormales elaboradas por la neoplasia.

e) La ictericia sería obstructiva y extraparenquimatosa por et mecanismo antes expuesto.

Merced a la exposición anterior nuestra impresión diagnóstica del caso a discusión es:

I.—Adenocarcinoma del cuerpo del páncreas con metástasis a hilio hepático, a pulmones y, probablemente, a hígado y peritoneo, con posible invasión a estó- mago.

II.—De no ser pancreática la ubicación original del cáncer, escogeríamos como segunda posibilidad al adenocarcinoma del colon en las cercanías del ángulo esplénico del mismo y con igualdad de metástasis antes dichas.

En lo relacionado con la causa de la muerte tendríamos que hacer meras conjeturas: de fondo tendría que estar el deterioro progresivo del paciente y, como causa inmediata, talvez podría invocarse a un fenómeno trombótico o, mejor, tromboembólico, ya que se sabe que individuos con cánceres avanzados son propensos a esa complicación.

El Dr. Virgilio Cardona concedió la palabra en el siguiente orden:

Dr. José Gómez-Márquez G.: Consideró apropiado pensar que no existía nexo entre el padecimiento de cada uno de los ingresos. Fue su opinión que se trataba de un cáncer del cuerpo del páncreas con diferentes metástasis.

Dr. Ramiro Lozano: Se inclinó hacia una neoplasia maligna intra-abdommal muy avanzada con metástasis a ambos campos pulmonares. Pensó que la ubi- cación del tumor original podría estar en páncreas pero hizo la observación de que faltaba un elemento importante: intensidad del dolor. Como segunda posi- bilidad mencionó un cáncer de vesícula biliar avanzado.

Dr. Rafael Zelaya: Se manifestó de acuerdo con la exposición y conclusión del Dr. Zúñiga; sin embargo, creyó que debería existir alteración de la glicemia en un cáncer extenso del páncreas.

Dr. Rigoberto Arriaga: Estuvo de acuerdo con la independencia de los procesos que obligaron a internarse al paciente. No creyó que el cáncer estuviera en el cuerpo del páncreas sino en su cabeza.

Dr. Hernán Corrales P.: Agregó a las posibilidades que se han mencionado la existencia de una micosis sistémica.

¿Cuál es su diagnóstico? Formúlelo antes de conocer los hallazgos anatomo- patológicos que se suministran en la página 330.