



El presente artículo corresponde a un archivo originalmente publicado en el **Boletín del Hospital Clínico para sus graduados en provincia**, actualmente incluido en el historial de **Ars Medica Revista de Ciencias Médicas**. Este tiene el propósito de evidenciar la evolución del contenido y poner a disposición de nuestra audiencia documentos académicos originales que han impulsado nuestra revista actual, sin embargo, no necesariamente representa a la línea editorial de la publicación hoy en día.

REUNION ANATOMO - CLINICA N° 1

I RESUMEN DE LA HISTORIA CLINICA

- a. Anamnesis: Paciente de 45 años, sexo masculino, cuya historia se inicia en Diciembre 1970 con astenia, adinamia, baja de peso, anorexia de instalación progresiva y aversión por cualquier tipo de alimento, vómitos acuosos ocasionales. En Enero 1971 se agrega dolor y ardor epigástrico, periódico, sin ritmo horario, con períodos de bienestar de 2 a 3 días. El ardor cedía espontáneamente o con alcalinos. Comienza también a presentar disnea de grandes esfuerzos, dolor tipo puntada en hemitorax derecho, de pequeños esfuerzos, tos con expectoración mucopurulenta. A fines de Febrero presenta disnea de pequeños esfuerzos, pese a lo cual continúa su trabajo durante todo este tiempo (chofer). Una semana antes del ingreso aparece disnea de reposo, edema vespertino de extremidades inferiores y ¿crisis de disnea nocturna?. Dos días antes de ingresar nota aumento de volumen doloroso en región malar derecha. Había bajado 15 Kgs. desde Diciembre 1970.

Antecedentes: Fumador de 40 cigarrillos al día por 20 años. Embriaguez diaria desde los 20 años? Tosedor crónico.

- b. Examen físico: Decubito ortopnóico. Facie angustiada. Conciente, lúcido, difícil obtener datos por disnea. Enflaquecido. P. 120 por minuto, regular. Pr. ar. 160/95. Temp. 37,5° C. Frec. resp. 32 por minuto, con retracción supraclavicular e intercostal.
Segmentario: Cara asimétrica por aumento de volumen y calor local en región malar derecha. Aleteo nasal.
Boca: abombamiento del paladar duro derecho.
Cuello: ingurgitación yugular leve.

Tórax: expansión y casi inmovilidad de hemitorax derecho.

Pulmones: matidez total derecha con abolición del M.V. A izq. roncus y sibilancias espiratorias diseminadas con estertores finos en tercio inferior.

Corazón: choque de la punta 5° e.i.i. con L.M.C. R.R. en 3 tiempos ¿Galope ventricular derecho? Sin soplos.

Abdomen: plano, examen dificultado por resistencia muscular voluntaria a la palpación. Matidez desplazable en flancos. No se palpan visceras. Genitales normales. Columna n/e.

Extremidades: edema pretibial y maleolar leve.

Tacto rectal: normal.

Fondo de ojo: normal.

- c. Exámenes de laboratorio: Hemograma: Hcto 43%. Leucocitos 12.220 +; 0-0-0-0-0-8-85-2-5.
 Frotis n/e. VHS 80/112. Uremia 0,19 grs%. N.U. 9 mgs%.
 Glicemia 0.88 grs%. Orina completo: normal. Gases en sangre: 16-III. PO₂ 47 mm. PCO₂: 22,5 mm. Ph 7,50. 23-III con O₂ 2 lts. PO₂ 51,2. PCO₂ 41 mm. pH 7,41.
 Proteínas totales: 7,20 gr%. Alb. 44 grs%. Glob. 2,8 gr%.
 Electrolitos: Na 140; K. 4,3; Cl 95. Protrombinas 65%.
 Radiogr. tórax (11-III) Velamiento completo del hemitorax derecho con moderada retracción del mediastino superior. En el pulmón izq. hay cierto aumento del dibujo pulmonar aunque no hay sombras patológicas. Corresponde a derrame pleural probablemente asociado a atelectasia pulmonar, cuya naturaleza debe investigarse considerando en primer lugar una neoplasia.

Radiografía de cavidades perinasales: Vel. marginal del seno maxilar izquierdo por engrosamiento de partes blandas en su parte inferior tiene caracter polipoideo. Velamiento total del seno maxilar derecho donde se destaca una sombra de partes blandas de contorno superior redondeado, densa.

Examen citoquímico líquido pleural: numerosos Gl. rojos. Escasos leucocitos. No hay células neoplásicas. Prot.21,5 gr%.

Biopsia maxilar superior: formación laminar necrótica e inflamada que no permite mayor precisión.

Broncoscopia: bronquio fuente derecho: disminución de volumen en 80% por desplazamiento de pared lateral externa. Mucosa bronquial congestiva que sugiere infiltración de tipo tumoral.

Biopsia pleural: infiltración carcinomatosa extensa en tejido fibro-adiposo (cels. tumorales muy anaplásticas y con vacuolas citoplasmáticas). E.C.G. cambios posicionales.

Biopsia bronquio fuente derecho: inflamación crónica inespecífica leve.

d. Evolución: Al ingreso se practica punsion pleural dando salida a líquido serohemático 600cc que aliviaron muy escasamente la disnea. Se dejó con oxígeno, Aminofilina, nebulizaciones y Orbenin. Se practica drenaje del absceso palatino, obteniéndose 18cc de secreción hemopurulenta. Después de esto el paciente se hace afebril, salvo en los 2 últimos días, en que aparece alza térmica. En el curso de los días la disnea se fué intensificando, el paciente rechazaba alimentación por sensación nauseosa (vomitó en 2 oportunidades) por lo que hubo que denudarlo y alimentarlo por vía parenteral (P.V. 8 cm. H₂O). Se quejaba de dolor en epigastrio y en cara anterior de tórax, que no respondía a analgésicos corrientes, por lo que se agregó Demerol.

Al tercer día de hospitalización el edema de extremidades inferiores regresó notablemente y ya no se percutió matidez desplazable; el examen abdominal continuó siendo difícil, con abdomen poco depresible y distendido; no obró en los últimos 2 días y al parecer tampoco eliminaba gases. Hubo un compromiso de conciencia progresivo con tendencia al sopor, obnubilado a ratos y muy angustiado. El día anterior al fallecimiento aparecen crépitos a la auscultación pulmonar en cara anterior de hemitórax izquierdo.

II COMENTARIO CLINICO

Parece indudable, a raíz de la historia expuesta, que el paciente era portador de una enfermedad neoplásica, por lo que la discusión la centraré con respecto a su probable sitio de origen; y me parece que se pueden dar dos interpretaciones: 1° que se tratase de una neoplasia digestiva que secundariamente comprometió estructuras respiratorias o 2° que corresponda, a la inversa, de una neoplasia primariamente intratorácica con compromiso abdominal secundaria.

Analizando la anamnesis parecería más probable la primera posibilidad, pues aparentemente el paciente inicia su cuadro con anorexia, náuseas, vómitos y luego dolor, ardor epigástrico que al parecer cedía a los alcalinos, no tenía relación clara con la alimentación y carecía de ritmo horario. Pudo por lo tanto, tratarse de un cáncer gástrico que dió lugar a metástasis al tórax. Sin embargo, es llamativa la muy corta evolución previa a la aparición de síntomas respiratorios, los que posteriormente pasaron a comandar el cuadro. También es llamativo el que el compromiso torácico fuese uni y no bilateral, pues en estos casos el compromiso pleural y dando una imagen radiológica más o menos característica, hecho que tampoco encontramos en el presente caso.

Además, el creer en esta hipótesis significa aceptar la historia, la que en sus hechos fundamentales fué relatada espontáneamente pero en sus detalles como características del dolor, relación con alcalinos, etc., fué a través de un interrogatorio dirigido en un paciente disnéico y angustiado, lo que evidentemente le resta valor.

Por lo dicho me parece más probable el origen intratorácico de la neoplasia. Alrededor del 40% de los compromisos neoplásicos pleurales son a partir de un cáncer broncopulmonar sea por metástasis o por infiltración carcinomatosa directa. En el presente caso los síntomas respiratorios no apoyan ni niegan este diagnóstico pues son explicados casi enteramente por el derrame pleural, el que

presentaba dos hechos como para sospechar su malignidad: el ser hemorrágico y su rápida reacumulación después de drenarlo.

Como posibles puntos a favor del cáncer bronco pulmonar están los antecedentes de tosedor crónico y gran fumador por un plazo de 20 años y la broncoscopia que su girió al especialista una infiltración neoplásica de bronquio de fuente derecho. A este respecto debo agregar que en una neoplasia pleural primaria difusa se puede ver a la broncoscopia un desplazamiento de la pared del bronquio fuente con disminución del lumen bronquial y la mucosa congestiva ser solo secundaria a un proceso inflamatorio crónico.

La otra posibilidad es el mesotelioma pleural difuso, maligno, afección poco frecuente que se produce sobre los 40 años, generalmente en hombres, y que dan una historia de compromiso del estado general progresivo, tos, dolor torácico y luego al aparecer derrame pleural, insuficiencia respiratoria progresiva.

Para explicar el compromiso digestivo habría que pensar en una úlcera gástrica en un paciente sometido a stress, pero las molestias no tenían todas las características de un síndrome ulceroso. También se puede suponer que el dolor epigástrico fuese un dolor referido a partir del compromiso pleural, probablemente parietal diafragmático; pienso además que es probable que hubiesen metástasis peritoneales, sustentando esta hipótesis en las molestias digestivas del paciente, un abdomen poco depresible que se fué meteorizando, distendiéndose, no eliminaba gases y no obraba.

La presencia de un absceso palatino y de maxilar superior derecho con una radiografía de senos paranasales que muestran en el seno paranasal derecho una sombra de contornos redondeados sugirió a los cirujanos máxilo faciales la posibilidad de un quiste infectado y no una metástasis ósea. Es posible que así sea, pues en la radiografía de otro seno maxilar también se ve una sombra redondeada de partes blandas.

A la auscultación, un ritmo de galope ventricular derecho pero fué llamativa la ausencia de manifestaciones claras de I.C.D. y la existencia de una P.V. central repetida de 5 a 8 cms. de H2O en un paciente bien hidratado. Podría no tratarse realmente, entonces, de un galope sino de una taquicardia con un desdoblamiento marcado del 2° ruido.

El antecedente de embriaguez diaria durante veinte años y el hallazgo al ingreso de circulación colateral abdominal y matidez desplazable nos hizo pensar en que el paciente podría ser portador de una cirrosis hepática.

Por último, la reaparición del síndrome febril los dos últimos días, junto a la auscultación de crépitos en hemitorax izquierdo nos sugiere la aparición de una neumopatía como fenómeno terminal y la que seguramente apuró el desenlace fatal al limitar aún más la ventilación del paciente.

III DIAGNOSTICOS CLINICOS

Ca broncopulmonar con compromiso pleural secundario ?

Mesotelioma pleural difuso ?

Metástasis peritoneales ?

Cáncer gástrico con compromiso pleural secundario ?

Cirrosis de Laennec ?

Absceso maxilar superior derecho secundario a quiste infectado ?

Neumopatía izquierda ?

IV ESTADA : 9 días

Médico tratante : Dr. J. Kraljevic

V COMENTARIO PRE NECROPSIA

Dr. Ortuzar: No es infrecuente que exista dificultad para localizar el punto de origen de una neoplasia demostrada, y en este paciente surge el problema de

establecer si se trata de un cáncer bronquial con metástasis pleurales y digestivas o de un tumor digestivo con metástasis pulmonares y pleurales; contra lo que cabría esperar la biopsia pleural no dió la solución. Con 20 años de fumador y de historia pulmonar cabe pensar en que sea primariamente pulmonar.

El antecedente de ser bebedor durante 20 años hace plantearse un daño hepático crónico.

Otra dificultad es la existencia de una lesión necrótica maxilar derecha. Esto es inhabitual y tiene razón el Dr. Kraljevic al pensar que pudiera estar relacionado en la neoplasia.

Podría ser este paciente portador de una cirrosis hepática ?

Dr. V. Valdivieso : Es difícil afirmarlo ya que la semiología abdominal era difícil. Es frecuente que se plantee esto en las reuniones, pero no en la sala donde preocupa más la gravedad de los otros síntomas. Existe la posibilidad de que este paciente tuviera un hepatoma con metástasis pulmonares y pleurales. Debía haber una hepatomegalia pero el abdomen era difícil de palpar. En el hepatoma además puede haber episodios de hipoglicemia (que este paciente no tuvo); generalmente no hay anemia y puede haber neutrofilia intensa con escasa desviación a izquierda (que en este caso puede ser secundaria al proceso maxilar). Respecto a un tumor del tubo digestivo: en ausencia de estudio radiológico o endoscópico, debe plantearse como primera posibilidad un cáncer gástrico, que en este caso no se puede descartar.

Dr. Vial : Se descartó la existencia de un tumor primario del maxilar derecho ?

Dr. Ortuzar : No se hizo diagnóstico preciso pues la biopsia es difícil de interpretar al haber un proceso inflamatorio. Sobre el aspecto pulmonar, ¿ El estrechamiento bronquial descrito con cambios inflamatorios de la mucosa es compatible con una compresión extrínseca ?

Dr. Cruz : Es difícil evaluar los cambios de la mucosa en la endoscopia; podría tratarse de un tumor

bronquial con extensión y compromiso pleural o un mesotelioma. Esto es una afección rara, que puede comprometer a pleura y peritoneo.

Dr. Ortuzar: Cómo se explica la hipoxemia severa con PCO2 baja ?

Dra. Lisboa: Revela la existencia de un shunt intra pulmonar posiblemente por atelectasia con insuficiencia respiratoria e hiperventilación.

Dr. Ortuzar: La biopsia pleural habría permitido hacer diagnóstico ?

Dr. Croxatto: Es útil, pues permite descartar otras causas de derrame.

En general no permite diferenciar el tipo de neoplasia. Lo visto en este paciente no es el aspecto habitual del mesotelioma, llamando la atención la existencia de fibrosis que podría ser reacción a la infiltración tumoral.

Dr. A. Jarpa: El diagnóstico en este caso es una adivinanza. En su experiencia el Ca pancreático puede dar sorpresas como este. Respecto al compromiso hepático está de acuerdo con el Dr. Valdivieso. Le llama la atención la falta de repercusión en la proteinemia si se piensa en un daño hepático crónico.

Dr. Ortuzar: Se afirma la impresión inicial sobre la dificultad diagnóstica en este caso.

VI. RESULTADO DE LA AUTOPSIA Y DIAGNOSTICO ANATOMO PATOLOGICO

Cáncer del pulmón derecho infiltrante. Tipo histológico: Adenocarcinoma broncogénico. Biopsia anterior: dig. infiltración carcinomatosa extensa en tejido fibroadiposo.

- Metástasis pulmón izquierdo
- Metástasis ganglionar linfáticas mediastínicas
- Permeación tumoral vascular extensa
- Hidrotorax derecho serohemático
- Adherencias laxas y fibrosis pulmón derecho
- Atelectasia pulmonar derecha acentuada
- Enfermedad tromboembólica
- Microembolias pulmonares múltiples bilaterales antiguas y recientes

- Hipertrofia cardíaca global de predominio derecho
- Hiperemia pasiva hepática crónica.
- Úlcera gástrica crónica del anillo pilórico, en granulación.
- Úlcera de la zona palatina con compromiso óseo.

VII DIAGNOSTICO ANATOMO CLINICO

- Ca bronquial
- Enfermedad tromboembólica
- Úlcera gástrica

VIII COMENTARIO FINAL

Dr. Pino: Nos encontramos frente a un paciente de 45 años de edad, con antecedentes de fumador de 40 cigarrillos diarios durante 20 años y tosedor crónico, portador de un carcinoma que tuvo una evolución conocida de sólo 3 meses y cuya manifestación fundamental fué un extenso derrame pleural de carácter serohemático, que comprometía todo el hemitorax derecho.

Durante su corta estadía intrahospitalaria se estableció, mediante biopsia pleural por punción, la etiología tumoral de dicho derrame. Además, se comprobó la existencia de una hipoxemia grave, derivada de un cortocircuito pulmonar más fenómenos trombo-embólicos antiguos y recientes. La insuficiencia respiratoria grave, sumada a la extensión del proceso tumoral, explican la corta evolución de la enfermedad.

Ante la existencia de un derrame pleural serohemático, las hipótesis diagnósticas que deben plantearse son, en orden de frecuencia :

- 1.- Neoplásica : 55,5%, que puede ser primitiva (rara) sólo el 1,5% o metastásica (la más frecuente, con un 54% del total, de las cuales, sólo al Carcinoma broncogénico, corresponde alrededor de un 40%).

- 2.- Tuberculosis : 17%
- 3.- Afecciones cardiovasculares : 9%
- 4.- Etiología infecciosa : 1,5%
- 5.- Origen no determinado : 11%
("Clínica Médico-Quirúrgica", Paris)

En el caso que comentamos, conocido el informe histopatológico de pleura, la disyuntiva se plantea entre un tumor primitivo o un tumor metastásico.

Los tumores primitivos de la pleura o mesotelioma, de frecuencia muy baja, se pueden presentar bajo dos formas: una variedad fibrosa, que es localizada y habitualmente benigna, que raramente produce derrame y que se asocia frecuentemente a osteoartropatía hipertrófica; y otra variedad difusa, de curso maligno, que da un derrame sero hemático importante que se reproduce con gran facilidad al vaciarlo y que es rico en ácido hialurónico, que da metástasis habitualmente a linfáticos mediastínicos y axilares y que en ocasiones coexiste con un tumor del mismo tipo localizado en la cavidad peritoneal. Este mesotelioma difuso, maligno, se presenta con una frecuencia 4 veces mayor en personas que inhalan asbesto, sea porque trabajan directamente con este material o simplemente porque viven en las vecindades de sitios en que se utiliza, como se ha comprobado por ejemplo, en los astilleros de Londres.

Los tumores metastásicos de la pleura, por otra parte, pueden tener su origen en distintos órganos: pulmón (que como ya hemos visto, es el más frecuente), mama, próstata, estómago, páncreas, testículo, linfáticos (como el Hodgkin y linfosarcoma), etc. Todos ellos tienen dos características especiales: una, que el líquido es teñido con sangre, y la otra, que se renueva rápidamente después de la aspiración. El examen citológico del líquido puede mostrar células malignas, conglomeradas o aisladas, aún cuando también pueden no encontrarse. La causa del derrame es por exudación de las propias células o por obstrucción del drenaje linfático o venoso.

En nuestro caso, la anatomía patológica, logró demostrar la existencia de un tumor pulmonar primario que correspondía a un adenocarcinoma broncogénico difuso con importante compromiso de pleura, de vasos linfáticos y sanguíneos y del otro pulmón.

El adenocarcinoma se caracteriza fundamentalmente por ser relativamente poco frecuente, constituye alrededor del 20% de los cánceres broncogénicos, tener localización periférica preferente y poseer una arquitectura glandular. Su diseminación se hace por todas las vías pero, fundamentalmente por la sangre y linfáticos.

En cuanto al hallazgo de un ventrículo derecho hipertrófico, este se explica por un aumento en la resistencia vascular pulmonar debida a dos causas: una, la restricción del lecho capilar por embolias y la otra, la condición de hipoxia a que estuvo sometido el paciente la cual determina una vasoconstricción pulmonar.

Finalmente, queremos destacar la importancia que tiene, en el estudio de un derrame pleural, la biopsia pleural por punción, la cual dió en este caso, una orientación diagnóstica. La biopsia pleural, introducida por De Francis en 1955, dá, sino en un primer intento, en un 2° o 3°, una positividad entre 40-60% para los derrames neoplásicos, rendimiento que sube al 80% en los de etiología tuberculosa.

Entre sus complicaciones, que son raras y habitualmente de poca cuantía, tenemos el neumotorax y el sangramiento intrapleural; ambas complicaciones que se reducen con una buena técnica. Existe una tercera complicación, rarísima, de la cual se consignan sólo dos casos en la literatura, cual es el implante subcutáneo de un cáncer a lo largo del trayecto de la aguja, consecutivo a la punción de un derrame neoplásico, complicación que evidentemente no constituye una contra indicación para este procedimiento diagnóstico.