

CONFERENCIAS ANATOMOCLINICAS

CASO No. VEINTITRES

A. M. M. v. de A. 47 años. Ciudad de Origen: Nuevo Colón (Boyacá). Ciudad de Procedencia: Bogotá. Servicio del Prof. Hernando Ordóñez.

NOTA CLINICA:

La enferma ingresa al servicio de Clínica Médica, el 8 de mayo de 1952 por presentar dolores punzantes en hombros, brazos y antebrazos, más intensos en el hemitórax izquierdo, y dolores semejantes de moderada intensidad, en los miembros inferiores los cuales aparecen después del ejercicio.

Antecedentes Familiares: Sin importancia.

Antecedentes Personales: Sarampión, varicela y rosíola en la infancia; menarquia a los 14 años, con ciclos de 29 x 4 a 5; dos embarazos con parto a término y sin complicaciones. Desde hace cuatro años le aparecieron varicoidades en las piernas complicadas con ulceraciones. Por lo demás ha gozado siempre de buena salud hasta la presente enfermedad.

Enfermedad Actual: Se inició a mediados de agosto de 1950, por la aparición de una tumoración del seno izquierdo, ligeramente dolorosa, que después de dos meses de evolución, la obligó a acudir a la Consulta Externa del Instituto Nacional de Radium, el 8 de agosto de 1950. El examen clínico general practicado en esa ocasión, dió los siguientes resultados: "Peso 58½ kilos, tensión arterial máxima d 180 mm. y mínima de 110 mm. A la palpación del seno afectado, se aprecia en el cuadrante supero-externo un tumor globuloso, de consistencia no muy dura, de unos 4 cms. de diámetro, móvil sobre los planos profundos y no adherente a la piel que lo cubre. No hay adenopatías regionales palpables. Demás órganos y aparatos normales". Se ordenan los exá-

menes de rutina y se obtienen los siguientes datos: **Hemograma:** Eritrocitos: 4.120.000 x mm³. Leucocitos: 7.500 x mm³. Hemoglobina: 13 grms. = 90%. Índice de color: 1.09. Polimorfonucleares neutrófilos: 52%. Linfocitos: 40%. Monocitos 8%. **Sedimentación:** A la hora 18 mm. **Glicemia:** 76 mlgrms%. **Azohemia:** 24 mlgrms%. **Orina:** Normal. **Materias Fecales:** negativo para P. I.

El 10 de octubre le practican mastectomía simple, en la cual extirpan el núcleo tumoral, mediante una incisión elíptica externo-axilar. Al examen histopatológico, la masa extirpada correspondió a un fibrosarcoma.

La herida quirúrgica cicatrizó completamente y la enferma salió del Instituto el 21 de octubre de 1950; se le ordenó volver a control un mes más tarde y el 21 de noviembre, en consulta externa, encuentran el mismo estado anterior ya anotado, 56½ kilos de peso y buenas condiciones generales. Le ordenan volver dos meses más tarde, y en enero 22 de 1951, en el control practicado en consulta externa, no encontraron signos de recidiva por lo cual no le dieron cita para nuevo control; en esta ocasión pesó 55½ kilos.

A principios de 1952, aparecieron dolores punzantes en el hombro izquierdo, que más tarde se irradiaban al brazo y al antebrazo del mismo lado; estos dolores aumentaban con el ejercicio y en los últimos días se hicieron permanentes. Por esta razón ingresa al Hospital de San Juan de Dios, en mayo de 1952.

EXAMEN CLINICO: Paciente pálida, de piel seca y con manchas acrómicas sin límites precisos, localizadas en el tronco y en la cara interna de los hombros. Facies dolorosa y disnéica; posición sentada. Presenta una cicatriz quirúrgica de 28 cms. de longitud sobre el 4º espacio intercostal izquierdo, correspondiente a una mastectomía. La temperatura es de 36.5°C.

Aparato Circulatorio: Choque apexiano en el 4º espacio intercostal izquierdo, 4 cms. por fuera de la línea medio-esternal; a la auscultación, se encuentra desdoblamiento del primer ruido en el foco tricuspídeo; la tensión arterial es de 110 mm. la máxima y 80 la mínima. El pulso tiene una frecuencia de 98 por minuto y es blando y depresible.

Aparato Respiratorio: Se observa abombamiento franco del hemitórax izquierdo y ausencia de la glándula mamaria del mismo lado; la derecha es de forma y consistencia normales. Hay notable disminución de la expansión torácica en el hemitórax izquierdo y a la palpación se aprecia abolición de las vibraciones vocales del 4º espacio intercostal hacia abajo. En esta misma zona, hay macidez absoluta y abolición completa del murmullo vesicular: del 3º espacio intercostal izquierdo hacia arriba se ausculta respiración soplada. En el hemitórax derecho hay respiración de suplencia, especialmente en la zona apical. La paciente presenta frecuentemente tos con expectoración mucosa.

Aparato Digestivo: Sufre anorexia, sensación de plenitud abdominal y dolores epigástricos post-prandiales; la lengua se encuentra limpia, la dentadura incompleta y en mal estado y las amígdalas atróficas. El abdomen es

simétrico con paredes elásticas y tonicidad normal; el hígado es percutable desde el 6° espacio intercostal derecho y su borde inferior se palpa 2 cms. por debajo del reborde costal, es doloroso a la palpación y su superficie lisa regular. El bazo es palpable y el polo inferior se encuentra a 6 cms. por debajo de la reja costal, es ligeramente doloroso a la presión y su superficie es regular.

Demás órganos y aparatos normales.

EXAMENES DE LABORATORIO: Hemograma: (Mayo 12/52) Eritrocitos: 3.100.000. Hemoglobina: 5 grms.%. Hematocrito: 33%. Leucocitos: 8.600. Polimorfonucleares neutrófilos: 65%. Linfocitos 30%. Monocitos: 4%. Eosinófilos: 1%. **Eritrosedimentación:** A la media hora 32 mm. y a la hora 65 mm. **Azohemia:** 24 grms.%. **Glicemia:** 69 grms.%. **Orina:** color lechoso rojizo, aspecto turbio; densidad 1.022. En el sedimento se encuentran fosfatos amorfos -|- -|- -|-, bacterias -|- y pus -|-. **Fotofluorografía N° 126.529** de mayo 12 de 1952: "Sospecho de gran derrame pleural izquierdo". **Materias fecales:** Negativo para parásitos intestinales en la muestra examinada.

EVOLUCION Y TRATAMIENTO: Desde su ingreso hasta el 15 de agosto, la paciente permanece en las mismas condiciones anotadas atrás; el 15 se practica una toracentesis izquierda y se extraen 550 c.c. de líquido francamente hemático que se envía para estudio citológico. Fué necesario suspender la extracción de líquido por presentarse dolor intenso y aparecer una intensa crisis de tos, sin expectoración. El resultado del examen de este líquido fué el siguiente: "Negativo para bacilo de Koch en la muestra examinada. Albúmina 7.80 grm.%. Polimorfonucleares neutrófilos 10%. Linfocitos 90%. Muy abundante cantidad de eritrocitos". El 17 de mayo la disnea se acentuó tanto que se convirtió en franca ortopnea y el 19, a las 9 a. m. la enferma murió súbitamente en el sanitario sin que nada hiciera prever tal desenlace.

Como tratamiento paleativo recibió desde su ingreso, glucofilina, ionina y colina.

DISCUSION CLINICA:

DOCTOR JOSE MARIA MORA:

En realidad, ante una paciente en quien se comprueba un derrame pleural hemático, con los antecedentes de una mastectomía practicada un año y medio atrás, con un resultado anatómopatológico positivo para un tumor maligno, consideramos en el servicio que ese derrame pleural hemorrágico era debido a una metástasis pleuro-pulmonar de dicho sarcoma. También nos llamó la atención la hepatomegalia, y la diferencia entre los datos tensionales obtenidos en el Instituto de Radium de 180 mm. para la tensión máxima y de 110 mm. para la tensión mínima y los que obtuvimos en el servicio, de 110 mm. para la máxima y de

80 para la mínima, diferencias éstas que podrían explicarse por una insuficiencia cardíaca de tipo congestivo, independiente el proceso neoplásico, la cual explicaría por sí sola la hepatomegalia, la disnea y algunos otros síntomas que inicialmente atribuímos a lesiones metastásicas. Mas tarde y durante la evolución de la enfermedad, consideramos también la posibilidad de que existieran metástasis en las glándulas suprarrenales, responsables de la caída tensional. Nos quedaría por explicar la esplenomegalia; para muchos de los del servicio, la esplenomegalia no era real, sino que más bien podría tratarse de una esplenoptosis consecutiva al gran derrame pleural o al mismo tumor, localizado en el hemitórax izquierdo. En cuanto a la causa de muerte súbita, no pudimos fundamental ninguna hipótesis por lo que remitimos el cadáver a la Anatomía Patológica, con la anotación de "Causa de muerte desconocida".

Realmente, una paciente que se levanta del lecho y se encuentra muerta en el sanitario, no da datos suficientes para hacer un diagnóstico causal de muerte y pueden invocarse para explicar ésta, todas las causas capaces de producir muerte súbita; por lo tanto, esperamos el concepto de la autopsia para aclarar este punto. En el servicio pensamos entre otras hipótesis, en un síncope cardíaco por reflejo vagal o en compresión mediastinal súbita por el derrame pleural, al cambiar bruscamente de posición la paciente. También se tuvo en cuenta la posibilidad de una embolia neoplásica masiva.

DOCTOR FERNANDO VALENCIA CESPEDES:

Tuve oportunidad de ver esta paciente cuando trabajé en el Instituto Nacional de Radium en 1950; evidentemente, como relata la historia, la encontré clínicamente normal lo mismo que en los datos de exámenes de laboratorio y estuve de acuerdo con la intervención quirúrgica. Estoy perfectamente en armonía con la exposición que acaba de hacer el Dr. Mora y tengo también la sensación de que se trata de un caso muy raro de fibrosarcoma del seno, que evolucionó dando metástasis a la pleura y posiblemente al pulmón, ocasionando un derrame pleural hemático, de origen metastásico. Considero también que pueden existir metástasis en otros órganos, especialmente en hígado y glándulas suprarrenales. También considero que la intervención no evitó la metástasis y que ellas son las responsables de las lesiones del

aparato respiratorio, de posible compromiso neuro-medular y de los otros síntomas que presentó la paciente.

En cuanto a la muerte súbita, ocurrida en el sanitario, es posible que se deba a un espasmo coronario por reflejo vagal, durante el esfuerzo de la defecación fenómeno frecuente, cuyo mecanismo ya he explicado en ocasiones anteriores.

PROFESOR CESAR AUGUSTO PANTOJA:

A pesar de tratarse de una paciente con un carcinoma del seno izquierdo, que parece corresponder a lo que los cancerólogos consideran como el estado de uno de los neoplasmas, la evolución desmiente todo pronóstico bueno desde el punto de vista de la precocidad del diagnóstico y del tratamiento quirúrgico para este tipo de cáncer, hecho éste que es sumamente frecuente tratándose de neoplasmas del seno. Quiero aprovechar esta oportunidad para recalcar sobre la necesidad imprescindible de hacer diagnóstico de congelación en todos los casos del tumor del seno para proceder en el acto a una intervención quirúrgica amplia, si el diagnóstico histológico de la biopsia así lo sugiere.

En este caso particular, no me explico por qué razón, ante un diagnóstico de fibrosarcoma, solamente se hizo una mastectomía simple y no una mastectomía radical, como es lo corriente cuando se trata de tumores de esta naturaleza. Sin embargo, hay escuelas que sostienen que los sarcomas son incurables y que por lo tanto, tratándose de un sarcoma del seno, da lo mismo hacer una mastectomía simple que una mastectomía total con vaciamiento ganglionar, porque de todos medios la paciente muere víctima del sarcoma. Sin embargo, no estoy de acuerdo con esta conducta y considero preferible hacer mastectomía total siempre que se trate de tumores malignos del seno, porque si bien es cierto que hay peligro de un gran shock, esta conducta da más seguridad y quizá mejora el pronóstico de supervivencia.

Desde el punto de vista diagnóstico, estoy perfectamente de acuerdo en que se trata de un sarcoma del seno con metastasis viscerales especialmente pleuro-pulmonares, cuyo punto de partida fue el fibrosarcoma del seno extirpado a esta paciente en el Instituto de Radium 19 meses antes de su fallecimiento.

En cuanto a la muerte, considero que se debió a un proceso neumónico sobre-agregado.

PROFESOR HERNANDO ORDOÑEZ:

Tuve oportunidad de ver detenidamente esta paciente por ser de mi Servicio, como dice la historia, presentó fundamentalmente una pleuresía hemorrágica confirmada tanto por los datos clínicos como por la punción. En cuanto al origen de esa pleuresía hemorrágica, existiendo un antecedente claro y preciso de cáncer del seno, lo lógico es relacionar lo uno con lo otro y pensar en que sea originada por una metástasis pleuro-pulmonar.

En cuanto a la causa de muerte, considero que no hay bases para discernir acerca de su etiología y lo mejor sería entrar a considerar los datos de la Anatomía Patológica.

PROFESOR CESAR AUGUSTO PANTOJA:

Quisiera conocer la opinión del personal científico del Instituto de Radium sobre si se habría beneficiado esta paciente con la radioterapia y en qué grado es sensible a ella el fibrosarcoma del seno, con el fin de que se ilustren al respecto los aquí presentes.

DOCTOR GAITAN YANGUAS:

Se me hace interesante no solamente la pregunta del Profesor Pantoja sino algunos de los interrogantes que se han planteado alrededor de este caso, especialmente sobre la conveniencia e inconveniencia de la mastectomía simple que se practicó, existiendo un diagnóstico de fibrosarcoma.

Se tiene la idea de que para el cáncer del seno, la mastectomía simple no sirve y que ha de hacerse la radical. En este caso se hizo una mastectomía simple y yo estoy de acuerdo con ella, porque las consideraciones sobre la necesidad de hacer una mastectomía radical son valederas cuando se trata de otra variedad de cáncer del seno y no de un sarcoma. En el sarcoma no está justificada la mastectomía radical pues es excepcional que invada los ganglios linfáticos de la axila y por lo tanto, la mastectomía simple como se practicó en este caso está bien indicada.

En cuanto a la irradiación post-operatoria, es un tema muy discutido sobre el cual no se han podido poner de acuerdo las diferentes escuelas tratándose de tumores limitados y circunscritos, considerados como cánceres grado I. En el caso concreto del

fibrosarcoma, la acción de los rayos X es nula, puesto que es un tumor sumamente resistente a las radiaciones; y si no está suficientemente justificada la radioterapia post-operatoria en el carcinoma del seno, mucho menos lo está en el fibrosarcoma.

PROFESOR ALFONSO BONILLA NAAR:

Tengo la sensación de que nosotros nos encontramos sumamente desorientados en cuanto al tratamiento del cáncer del seno. Los cirujanos ingleses presentan una estadística de 5 años de casos tratados con mastectomía simple empleada para diferentes tipos de carcinoma del seno, con resultados excelentes, mejores o iguales de los obtenidos con el empleo de la gran intervención, la mastectomía radical. Entre otras razones considero que al practicar la mastectomía simple se evita el maltratamiento y las manipulaciones de los ganglios afectados, que va siempre seguida de exacerbaciones del proceso neoplásico.

Por estas razones, considero que debe respetarse el criterio seguido al practicar mastectomía simple como tratamiento de un tumor del seno, sin que importe mucho su variedad.

PROFESOR JOSE ANTONIO JACOME VALDERRAMA:

Nosotros hemos seguido en el Instituto Nal. de Radium un plan de observación con el fin de poder adquirir suficientes datos autóctonos para la escogencia definitiva del criterio que ha de seguirse en el tratamiento de tumores del seno y hemos decidido estudiar las diversas conductas preconizadas por las escuelas mundiales de cancerología, de responsabilidad y seriedad ampliamente conocidas. Y es así como en unos casos tratamos los adenocarcinomas del seno con extirpación radical y en otros, con extirpación parcial e irradiación post-operatoria. En realidad, quizás solamente la Escuela Inglesa a que hace mención el Prof. Bonilla Naar, es la única que sigue el criterio de emplear mastectomía parcial sola en todos los casos de tumores del seno, porque como lo anotaba el Dr. Gaitán Yanguas la Escuela Clásica es categórica en que ante un carcinoma del seno debe practicarse mastectomía radical.

Respecto a lo que preguntaba el Prof. Pantoja sobre el sarcoma, la razón para no hacer mastectomía total es la de que el sarcoma hace metástasis no por vía linfática sino por vía sanguínea y naturalmente, ni los linfáticos ni los ganglios axilares

son invadidos. Se hace siempre mastectomía simple en los casos de sarcoma y mastectomía total en los casos de adenocarcinoma, que son la gran mayoría de los tumores del seno.

En relación con el caso que hoy nos ocupa, para entrar a discutir la parte clínica, hay que considerar dos puntos. En primer lugar, qué tenía esta enferma y en segundo lugar, por qué murió, porque se ve que no murió a causa de la entidad con que se hospitalizó sino por una posible embolia, o por mecanismos reflejos producidos después de la extracción de líquido pleural, el cual al reproducirse rápidamente, vino a ejercer compresión mediastinal. En cuanto a la entidad clínica fundamental, teniendo en cuenta los antecedentes de la paciente, debe pensarse en que había desarrollado una metástasis pleuro-pulmonar con gran derrame hemático a partir del fibrosarcoma del seno. Sin embargo, encontramos datos que no concuerdan con esta hipótesis, tales como la presencia de dolores punzantes localizados en los hombros, brazos, antebrazos y miembros inferiores y la presencia de esplenomegalia sumamente grande. Considero que antes de oír el estudio Anatomopatológico, valdría la pena que discutiéramos más ampliamente estos puntos.

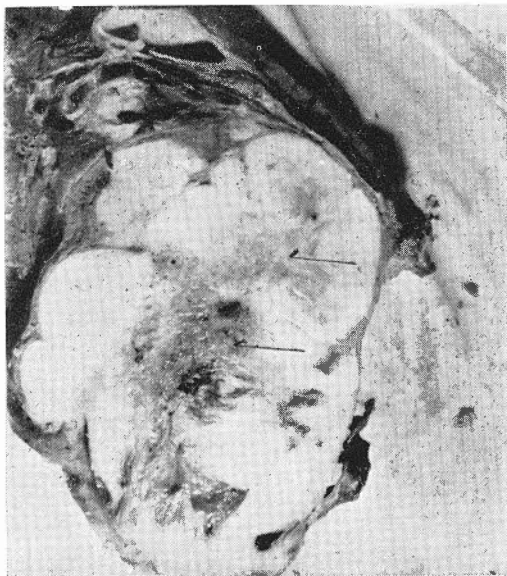
RESUMEN DE AUTOPSIA

DOCTOR JAVIER ISAZA GONZALEZ:

Escogimos este caso para reunión, por tratarse de un fibrosarcoma del seno que pudo seguirse en todas las etapas de su evolución siendo finalmente completado su estudio con la necropsia de la paciente, quien falleció súbitamente en un accidente que no habíamos tenido hasta ahora oportunidad de observar. Este accidente fué el bloqueo cardíaco producido por el taponamiento súbito del orificio aurículo-ventricular derecho, por un gran trombo antiguo de la aurícula de este lado, desprendido súbitamente.

En relación con el tumor, encontramos que las cavidades pleurales contenían 510 c.c. de líquido hemático la derecha y 3.200 c.c. de líquido del mismo aspecto la izquierda. Esta última se encontró sembrada de numerosas masas blanquecinas de aspecto neoplásico que medían en promedio de 2 a 6 cms. de diámetro. La cavidad peritoneal contenía 800 c.c. de líquido de color amarillo citrino traslúcido y la cúpula diafragmática se encontraron 5 cms. por debajo del reborde costal, en el lado derecho en tanto que la izquierda estaba a la altura de la 6ª costilla. Los pulmones pesaron 360 grms. el derecho y 3.610 grms. el izquierdo; en el primero no se encontraron alteraciones patológicas y en el segundo (fotografía N^o 1) se halló un tumor multilobulado que medía 22 x 18 x 16 cms., de color gris nacarado y aspecto encefaloide

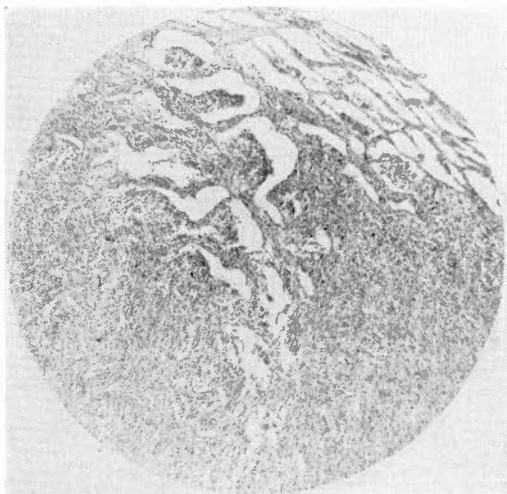
que comprometía la totalidad del lóbulo inferior y las pleuras parietal y visceral en la región mediastino diafragmática; en el resto del órgano había congestión. Histológicamente, tanto los nódulos de la pleura izquierda como la



FOTOGRAFIA N° 1

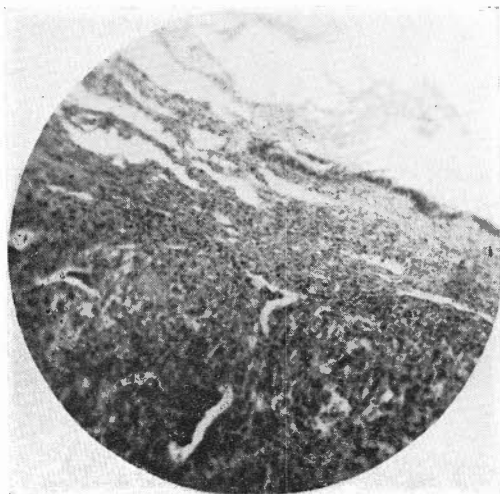
La fotografía corresponde a un corte sagital del pulmón izquierdo. En la parte superior izquierda se ve el hileo pulmonar y parte del parénquima en atelectasia; en el resto se aprecia el aspecto enafaloide del tumor y zonas extensas de necrosis, marcadas con flechas.

masa pulmonar, correspondieron a un tumor maligno de origen conjuntivo (fotomicrografías Nos. 1, 2, 3, 4) que tendía a circunscribirse dentro de una cápsula fibrosa y que estaba compuesto por células polimorfas, algunas de ellas gigantes y ricas en figuras de mitosis atípicas. Se encontraron además extensas zonas de necrosis y elementos neoplásicos en la periferia de los vasos sanguíneos, cuadro éste que corresponde al que se describe en la biopsia practicada en el Instituto Nacional de Radium, (fotomicrografía N° 5) de la pieza tomada del seno. Estos hallazgos hacen pensar que los episodios dolorosos pueden relacionarse con la existencia de posibles metástasis medulares con compromiso de las raíces de los nervios intercostales y de fenómenos de compresión sobre el plejo braquial. En cuanto al líquido pleural hemorrágico, rico en elementos descritos como linfocitos, debe recordarse que el tumor estaba necrosado en gran parte, y era rico en vasos sanguíneos neoformados y elementos conjuntivos.



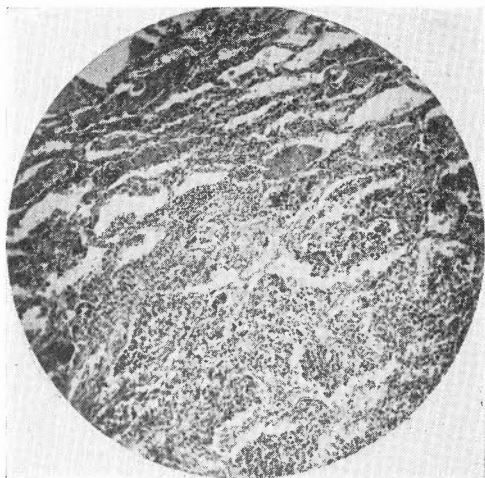
FOTOMICROGRAFIA N° 1

A pequeño aumento, aspecto general de tumor en las cercanías del tejido pulmonar menos afectado.



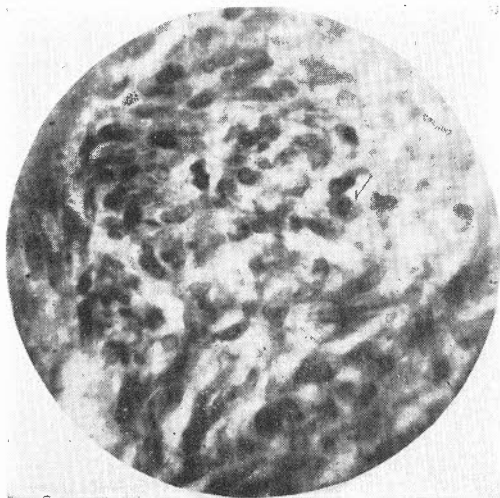
FOTOMICROGRAFIA N° 2

Esta fotomicrografía de un corte practicado en la periferia del tumor, muestra un segmento de su cápsula (región superior derecha) y la disposición de los elementos neoplásicos del mismo (parte inferior).



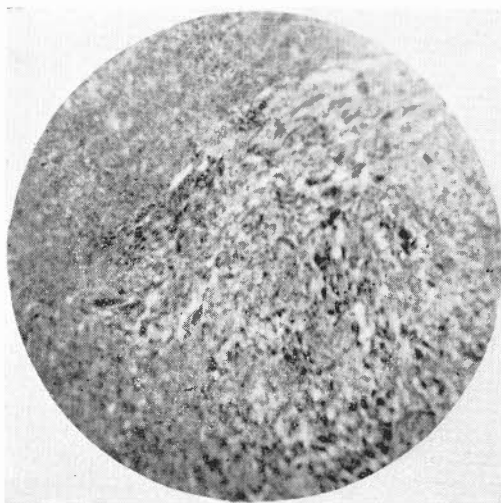
FOTOMICROGRAFIA N° 3

Otro aspecto del fibrosarcoma (parte inferior en el sitio de contacto con el tejido pulmonar no destruido (parte superior).



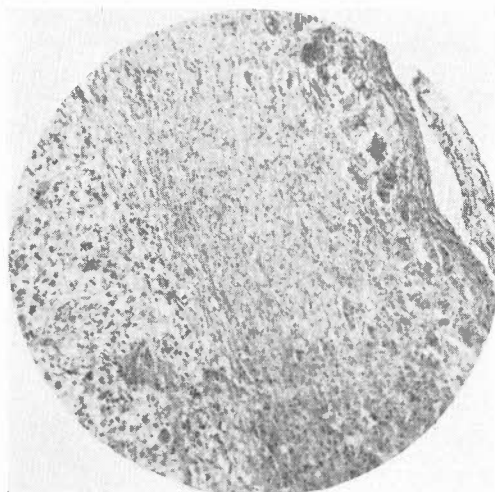
FOTOMICROGRAFIA N° 4

A grande aumento, detalle de la arquitectura pulmonar que muestra células polimorfas, algunas de ellas gigantes y en mitosis atípica (señalada con una flecha).



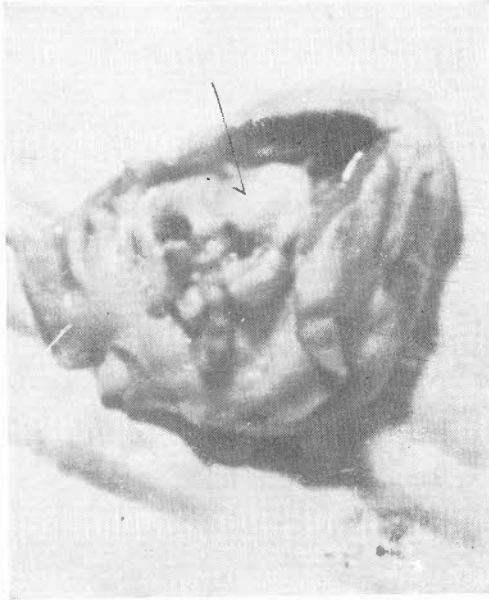
FOTOMICROGRAFIA N° 5

La fotomicrografía de un corte del tumor primitivo del seno izquierdo que muestra características celulares típicas de un fibrosarcoma.



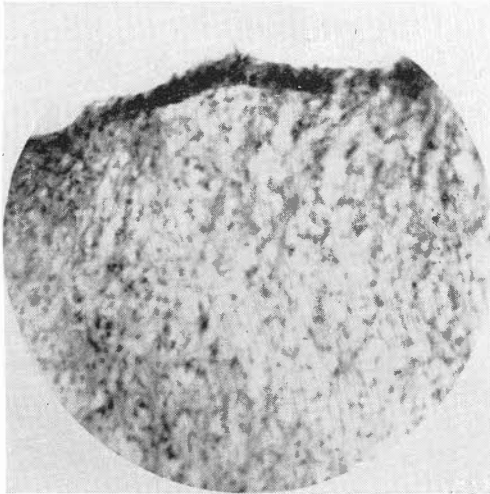
FOTOMICROGRAFIA N° 6

Detalle de la metástasis del fibrosarcoma en una glándula suprarenal.



FOTOGRAFIA N° 7

La fotografía (tomada después de incidir la pared de la aurícula derecha), muestra el trombo que bloqueaba el orificio aurículoventricular derecho. (señalado por una flecha).



FOTOMICROGRAFIA N° 8

La fotomicrografía muestra la estructura del trombo de la cavidad auricular derecha que aparece formado casi en su totalidad por tejido conjuntivo laxo celular.

Este carcinoma había dado también metástasis a las glándulas suprarrenales, las cuales pesaron en conjunto 13 grms.; histológicamente, mostraron metástasis carcinomatosas (fotomicrografía N^o 6) que pueden explicar —entre otras causas— la gran diferencia entre los datos de tensión encontrada en el Instituto de Radium y más tarde en el Hospital de San Juan de Dios. También vale la pena anotar que no se encontraron metástasis linfáticas y que los ganglios axilares, intratorácicos y abdominales, estaban completamente indemnes.

En cuanto a la causa de muerte súbita, se encontró que el corazón con 250 grms. de peso contenía en la cavidad auricular derecha una masa blanquecina de consistencia firme (foto N^o 7) y fotomicrografía N^o 8), multilobulada, libre y con vestigios de adherencias (de unos 6 x 5 cms. de diámetro), obstruyendo completamente el orificio valvular aurículo-ventricular derecho.

También merece mencionarse el hígado con peso de 1.260 y aspecto de congestión pasiva crónica, que fué confirmada al examen microscópico. Otro órgano de menos interés, pero que vale la pena recordar, es el bazo cuyo peso era apenas de 85 grms. y que por lo tanto no tenía volumen suficiente para dar signos clínicos de esplenomegalia; tal apreciación se debió al enorme descenso de la cúpula diafragmática izquierda, bajo la presión del tumor.