



Sesión clínico-patológica del Departamento de Medicina de la Universidad de la Habana

Esta Reunión se celebra de modo rotatorio en los Hospitales Docentes "General Calixto García", "Nacional", Clínico Quirúrgico "Joaquín Albarrán" y Cmdte. Manuel Fajardo todos los jueves de 3 a 6 p.m. Intervienen en la misma los Profesores del Departamento de Medicina, Cuerpo Médico de los Hospitales respectivos, así como todos los Residentes y Internos de Medicina.

*Reunión celebrada en el Hospital Clínico Quirúrgico "Joaquín Albarrán"
el 11 de Octubre de 1962.*

Discusión a cargo del Dr. JOSÉ E. Fernández Mirabal Moderador: Dr. Abdón Pire

H.C. 15139.
Nombre del paciente: Jesús Martínez Bermúdez.
Edad: 52 años.
Ocupación: s/o.
Raza: Blanca.
Sexo: Masculino.
Estado: Casado.
Natural de: Vueltas, Las Villas.
Fecha de ingreso: 8 de Agosto de 1962.
Motivo de ingreso: Fiebre, astenia.

Historia de la enfermedad actual: Refiere el paciente que hace aproximadamente tres meses notó pérdida de fuerzas, astenia, y fiebre de 38 grados centígrados, acompañada de escalofríos, que comenzaba en horas de la mañana,

des aparecía en las primeras horas de la noche, para volver a repetir su ciclo al día siguiente, manteniéndose esta febrícula desde el comienzo de su enfermedad. Hace mes y medio comenzó a sentir dolor en las masas musculares de piernas y muslos, acompañado de aumento de volumen de, las mismas.

Presentó diarreas hace 10 o 12 días persistiéndoles durante 4 o 5 días, amarillentas, pastosas, escasas, en número de dos o tres al día, acompañándose de discretos dolores abdominales.

Ha perdido aproximadamente en el transcurso de este tiempo, 25 libras. Ha conservado su apetito hasta hace una semana. Durante el transcurso de su en-

fermedad visitó dos médicos que le indicaron análisis de rutina, así como un medulograma. Le informaron que el hemograma tenía anemia, y el medulograma síndrome mieloproliferativo. En esas condiciones decide venir a ingresar en este Servicio.

Antecedentes patológicos personales: — Parotiditis, rubéola, tosferina, parasitismo, litiasis renal: ha expulsado cálculos en la orina.

Antecedentes patológicos familiares: — Madre muerta de cáncer del hígado. Padre murió de una cardiopatía. Esposa viva V sana. Hijos: 2 vivos, 3 murieron de pequeños: Hermanos: 9 vivos y sanos.

Hábitos tóxicos: — Sin nada a señalar. El género de vida, y la alimentación buena.

Interrogatorio por aparatos: *Aparato respiratorio:* — Nada a señalar. *Cardiovascular:* — Palpitaciones. Aumento de volumen de la pierna derecha con aumento de la temperatura en ese miembro y dolor en el mismo. El resto del interrogatorio por aparatos sin importancia a señalar, salvo la astenia, los dolores en las piernas y las febrículas en el momento del ingreso.

Examen físico general: — Enfermo normolíneo, que deambula con dificultad debido al dolor en las piernas. Guarda decúbito indiferente. Facies no características. Piel y mucosas pálidas. Pelos y uñas sin nada a señalar. Tejido celular subcutáneo con edema blando que comienza en el pie derecho y llega hasta el muslo, con dolor, aumento de la temperatura local y eritema. Peso 163 libras. Temperatura 33 grados centígrado.

Examen físico por aparatos:

Aparato respiratorio: Nada a señalar.

Aparato circulatorio: — Pulso 100 por minuto, rítmico. Tensión arterial 120 y 60.

Dolor en el trayecto venoso de las piernas.

Aparato digestivo: — Hígado, el borde superior en quinto espacio. El borde inferior rebasa dos traveses de dedos, liso, no doloroso, de consistencia normal. El resto del abdomen sin nada a señalar.

Génito urinario: — Negativo.

Hemolinfopoyético: — No existen adenoopatías, bazo no percutable ni palpable.

Aparato nervioso: — El examen neurológico es negativo. No se pueden explorar reflejos en las extremidades inferiores por las molestias y el dolor que el enfermo acusa en sus extremidades.

Exámenes complementarios a su ingreso: — Hemograma: 3,010,000 hematíes. Hemoglobina: 47%. Leucocitos: 15,000. Unstab, 82 segmentados, 13 linfocitos, 4 monocitos. Eritrosedimentación: 47. Duke 2 minutos. Lee White: 8 minutos. Conteo de plaquetas 200,000. Tiempo de protrombina: 14 segundos. Retracción del coágulo: normal. Célula L. E.: negativo. Glicemia: 115. Urea 32. Colesterol: 160. Bilirrubina: Total: 0.6. Proteínas totales: 6.1 gramos. Serina: 3.9. Globulina: 2.2. Serología: negativa. Pruebas funcionales hepáticas: negativas. Heces fecales: normales: Hemocultivo: no crecimiento bacteriano en 7 días. Medulograma: Hiperplasia leucolilástica y eritroblástica. Normalidad de la serie megacariocítica. Aumento de plasmacelulas, con algunos plasinoblastos. Diagnóstico: médula infecciosa con déficit de hierro.

Medulograma por punción en cresta iliaca. Conclusiones: Médula infecciosa. Otras investigaciones en los días siguientes de su ingreso en el servicio: Proteína de Bence-Jones: Negativo. Hemogramas: Similar al de su ingreso. Sodio 140. Potasio: 3.0. Cloro: 93.

Rectosigmoidoscopia: normal.

Medulograma: Hecho en la ciudad de Santa Clara por el doctor A. Hernández con hiperplasia del tejido eritromielopoyético y aumento de los megacariocitos. Aumento de plasmacellen y plasmoblastos.

Conclusiones: Síndrome mieloproliferativo. (Fecha: Julio 4 de 1962).

(El hematólogo de este Hospital no estuvo de acuerdo con este diagnóstico).

Radiografías:—Pelvis ósea: Zona de osteoesclerosis con artritis a nivel de ambas articulaciones sacroiliacas. Estudio radiográfico de pierna derecha, cráneo y pulmones: No hay lesiones óseas; no hay alteraciones pleuropulmonares ni mediastínicas.

Estómago y duodeno y tránsito intestinal: Vaciamiento gástrico normal. Alteraciones motoras en el intestino delgado con segmentación de la papilla bariada y zonas de hipertónías y atonías a nivel del íleon. Las asas distales del yeyuno y proximales del íleon muestran contorno deshilacliado por alteraciones de la mucosa. Desearía practicar examen del colon por enema.

Se le entregarán al expositor las placas radiográficas en el momento de su discusión.

Evolución:—En la evolución el enfermo mantuvo una febrícula diaria. Mantiene el dolor y las molestias en sus piernas. El día 13 de Agosto aparece edema, dolor y aumento de la temperatura local en la pierna izquierda. Igual sintomatología en la pierna derecha, aunque algo disminuido el edema caliente. Persiste la anemia y la astenia. El día 18 de Septiembre del año

1962 es sometido a intervención quirúrgica abdominal. Fallece el 25 de Septiembre de 1962.

DISCUSION

Resumiendo:

Se trata de un paciente de 52 años de edad, que ingresa por fiebre y astenia.

Relata que su enfermedad comenzó 3 meses antes, y que los 2 síntomas que motivan su ingreso, los ha padecido desde entonces.

Mes y medio atrás, comenzó a sentir dolor en las masas musculares de piernas y muslos, con aumento de volumen de los mismos.

Refiere unas diarreas amarillas, pastosas y escasas, que le duraron 4 ó 5 días.

Ha perdido 25 libras de peso en 3 meses, y deciden traerlo a La Habana con el diagnóstico de síndrome mieloproliferativo.

En el examen físico presentaba una marcha algo dificultosa, debido al dolor en miembros inferiores, observándose un evidente edema inflamatorio en la pierna derecha con dolor en el trayecto de las venas. Las mucosas estaban pálidas.

Taquicardia de 100 x mt. y T. A. normal.

Una discreta hepatomegalia sin caracteres precisos y el resto negativo. En las investigaciones complementarias una anemia de 3,000,000, con Hb. de 47%.

15,0 leucocitos con desviación izquierda. Eritro 47. Proteínas 6.1, con 3.9 de serina y 2.2 de globulina.

Medulograma reportado reiteradamente como médula infecciosa con déficit de hierro, discrepando del informado en la ciudad de Santa Clara en la cual sospechan síndrome mieloproliferativo.

El estudio radiológico revela alteraciones motoras en intestino delgado.

Vistas de nuevo las radiografías, observamos que existe evidente patología del ceco-ascendente.

Evolución:—Casi al final de su enfermedad presenta dolor, edema y aumento de la temperatura en la pierna izquierda, continuando la astenia y la anemia, y como parece que los Médicos de este Servicio sospechan una patología abdominal, lo someten a una intervención quirúrgica. Fallece una semana después.

Por tanto: los síndromes más importantes a discutir en este caso son:

- 1) .—Síndrome general: Astenia, anorexia (al final), gran pérdida de peso. Pudiéramos incluir la fiebre.
- 2) .—Síndrome anémico: Que ha sido dominante desde el comienzo de su enfermedad, al igual que un
- 3) .—Síndrome vascular periférico: Dado por la tromboflebitis migrans en M. I.
- 4) .—Hepatomegalia discreta.
- 5) .—Por último, por las investigaciones complementarias, comprobamos las alteraciones hematológicas y radiológicas descritas.

La *discusión* de este caso hay que hacerla por etapas.

Lógico es suponer que cuando los Médicos de este Servicio ven por primera vez a este paciente con su anemia acentuada y su estado general tan tomado, y que ya viene con un informe de síndrome mieloproliferativo, sospechan una hemopatía grave y van a buscarla.

Las conclusiones a que llegan, con toda seguridad son las mismas que sospechamos, o sea que ni clínicamente, ni por las investigaciones de laboratorio se podía sostener ese diagnóstico.

Las leucemias agudas o crónicas, se descartan fácilmente por el hemograma y el medulograma, al igual que las

policitemias, la mielofibrosis, la hiper-megacariocitosis, las eritremias y eritroleucemias, que forman el grupo de enfermedades con síndrome mieloproliferativo según Dameshek.

Como en el Medulograma habían plasmacellen y Plasmoblastos, se sospechó la existencia de un mieloma múltiple, que quedó descartado por no tener los síntomas clínicos típicos de esta enfermedad : dolores osteocopos, tumores óseos, fracturas patológicas; además, la proteína de Bence-Jones fué negativa y no había hiperproteinemia con hiperglobulinemia. Las radiografías eran negativas de mieloma múltiple.

Por otra parte, las células plasmáticas pueden ser vistas en diversas condiciones patológicas en las cuales hay un mecanismo inmunológico reactivo frente a diferentes noxas.

Sin embargo, como era evidente que el paciente tenía una enfermedad grave, la especulación se dirigió al estudio de las enfermedades colágenas, las cuales analizaremos.

El paciente tiene un estudio de células L. E. que es negativo; de todas maneras, a nosotros no nos hubiera gustado el diagnóstico de lupus eritematoso diseminado, y si mejor (aunque no lo planteamos, pero con más posibilidades que el lupus), una poliarteritis nodosa o una dermatomiositis.

En la poliarteritis nodosa la fiebre está presente en el 85% de los casos; las neuritis y dolor en masas musculares en el 50% de los casos; la astenia y adelgazamiento en el 45%; la leucocitosis en el 80%, y puede haber intensa anemia; nuestro enfermo presentaba todos estos síntomas. Sin embargo no la planteamos, porque no tiene hipertensión arterial, ni nota renal que son muy frecuentes; además, no se observa en esta enfermedad la tromboflebitis migratriz.

La dermatomiositis en su forma aguda la señalamos para descartarla, porque hemos supuesto que las alteraciones en la piel y los dolores musculares en M. I., se deben a una tromboflebitis, y no a lesiones de la piel y músculos propios de esta enfermedad.

Nuestro enfermo no tenía una nefritis crónica que a veces cursa con una anemia mantenida (no había uremia, alteraciones urinarias, edemas tipo renal, ni hipertensión arterial).

Como por otra parte no son planteadas ni clínica, ni hematológicamente los linfomas malignos, los síndromes hemolíticos, la anemia perniciosa, ni otras hemopatías severas, debemos sospechar como última posibilidad, y muy lógica por cierto, que nuestro paciente tenía una *neoplasia*.

Recordemos la sideración progresiva de nuestro enfermo, que baja 25 libras en 3 meses.

Claro está que una neoplasia hubiera dado algún signo de localización que orientara hacia el órgano tomado, aunque existen casos en los cuales una anemia mantenida con una alteración del estado general, son los únicos síntomas exponentes del tumor, como ocurre en los cánceres del polo superior del estómago o del colon ascendente. Radiológicamente no podemos sustentar el diagnóstico de neoplasia de estómago, y aunque estas Rx. no están hechas con técnicas adecuadas para buscarla, se ve que, al menos, groseramente, no hay alteraciones intrínsecas gástricas. Clínicamente tampoco es planteable.

Sin embargo, hemos visto que el ciego y colon ascendente en las placas que nos dieron están seguramente alterados por un proceso patológico que se hubiera visualizado mejor por un colon por enema.

Esta Rx. de colon por enema se indicó, pero suponemos que, o no se hizo, o el

diagnóstico radiológico es tan fácil, que perdería interés la discusión, y están reservando la Rx. para el final.

De todas maneras, en la Historia Clínica se habla de una intervención quirúrgica abdominal. Como no hay un cuadro agudo que justifique una intervención de urgencia (al menos no está señalado en la H. C.), nosotros suponemos que le hicieron una laparotomía como método de diagnóstico o de tratamiento. Hace falta saber si, en esta etapa, ya los médicos de este Servicio tenían una presunción diagnóstica muy lógica, para someterlo a una intervención. Nosotros suponemos que sí.

Por tanto, creemos que en esta etapa ya se sospechaba la existencia de un cáncer del colon ascendente o del ciego.

En estos casos la anemia es precoz: contribuyen a mantenerla pequeñas hemorragias, la anorexia y la insuficiencia alimenticia, y por otra parte, la toxemia propia de estos tumores. En otros casos se producen sustancias hemolíticas y metástasis cancerosas aparecidas a nivel de la médula ósea.

En toda anemia grave inexplicable, debe tenerse en cuenta esta posibilidad.

En caso de cáncer del colon derecho hay generalmente pocas alteraciones del tránsito (recordemos las diarreas reportadas en la anamnesis) ni altas (por ser escasas), ni bajas (por ser amarillas). Hay poca o ninguna tendencia a la obstrucción, debido en parte a que los tumores son más blandos y fungosos que en el lado izquierdo y a que el contenido intestinal es más flúido.

Ya hemos analizado el síndrome general y el síndrome anémico, y hemos anotado una posibilidad diagnóstica, que se reforzará cuando discutamos, seguidamente, el síndrome vascular periférico.

Nuestro enfermo tenía al parecer sin dudas, una tromboflebitis recurrente en

M. I., primero derecha y después izquierda.

Según Alien, las tromboflebitis pueden aparecer como complicación de diversas enfermedades que la predisponen. Así, las vemos en infecciones graves, enfermedades de la sangre, en los post-operatorios, en la diabetes o en la gota, entidades que no son planteables.

Sin embargo, la máxima incidencia de tromboflebitis en afecciones generales no infecciosas, se ha observado en las insuficiencias cardíacas en los carcinomas.

Las primeras no son planteables en este caso, no así las segundas, y vemos que por este camino también llegamos al diagnóstico de *neoplasia*.

La explicación exacta no se conoce. Recientemente se tiende a admitir que las neoplasias producen un aumento de un factor tromboplástico plasmático. Se sabe que en las últimas fases de un carcinoma, aumenta el estasis de la circulación venosa como resultado del prolongado reposo en cama y de la caquexia general.

La tromboflebitis puede ser la primera manifestación, sobre todo en personas de edad avanzada, de una neoplasia visceral oculta, especialmente de páncreas o pulmón, aunque cualquier otro carcinoma puede producirlo.

El cáncer del pulmón queda descartado por el estudio radiológico, no así el cáncer del páncreas.

Sin embargo, una neoplasia de cuerpo de páncreas de ese tamaño, lo más probable es que hubiera producido dolores abdominales altos (las llamadas crisis solares) que nuestro enfermo no sintió.

De todas maneras, y, a pesar de la ausencia de íctero o de dolores, la neoplasia de páncreas no se puede descartar totalmente, pero nos luce que los argumentos a favor de una neoplasia del intestino ceco-ascendente son mayores.

Por tanto, para resumir, creemos que nuestro enfermo, con un cuadro general muy tomado, con una anemia mantenida, con tromboflebitis recurrente, algunas diarreas, y los signos radiológicos referidos, tiene una *neoplasia*, que debe estar situada en el colon derecho, especialmente en ciego o colon ascendente.

No discutimos la hepatomegalia, que es discreta, y sin caracteres típicos de ninguna patología, pues aunque pudiera ser un hígado metastásico, es lo más probable que se trate de un hígado graso en un sujeto desnutrido.

Moderador: Dr. Pire: Algún otro compañero quiere intervenir en la discusión de este caso.

Dr. Rodríguez de la Vega: Yo estoy de acuerdo con los planteamientos hechos por el Dr. Fernández Mirabal, aunque me gustaría invertir el orden, o séase, que yo planteo, en primer lugar, una neoplasia de páncreas y, en segundo lugar, un tumor de colon. Este último diagnóstico es sugestivo por el informe que han dado los radiólogos, teniendo en cuenta, además, la placa escondida: pero es que la tromboflebitis migratriz es, como él señaló, muy frecuente en las neoplasias de páncreas o de pulmón; ésta última, descartada por las placas.

Por otra parte, la neoplasia de colon no me explicaría bien el síndrome de mal absorción intestinal con las diarreas, mientras que el cáncer del páncreas sí.

Otro hecho que parece no hay necesidad de discutir, es que el enfermo tenía una litiasis renal, quizás con su nefritis crónica, que no parece haber influido en la muerte del enfermo.

Moderador: Dr. Pire: Bueno, nosotros vamos a decir cuál fué la interpretación que se le dió a éste caso.

Para nosotros fué de diagnóstico muy difícil, ya que inicialmente se pensó en una hemopatía severa, por el medulograma que traía de la ciudad de Santa Clara, la fiebre y la anemia.

De ellas, la que más gustaba en aquel momento, era el linfoma; posteriormente seguimos prácticamente el pensamiento del compañero Dr. Fernández Mirabal que brillantemente ha expuesto las distintas etapas, y tal parece que hubiera estado asistiendo a todas nuestras dudas de diagnóstico. Inicialmente, los compañeros que discutieron éste caso en el Servicio, no tenían a su alcance toda una relación de exámenes complementarios que evolutivamente se fueron sucediendo a medida que venían a la mente nuevos planteamientos.

Posteriormente, otra posibilidad de diagnóstico que cobró extraordinario valor fué el de un tumor de páncreas, por la presencia de la tromboflebitis que era el argumento clínico más ostensible, y que había obtenido primacía en toda la evolución de la enfermedad. En efecto, todos los reportes, tienden a unir la tromboflebitis con el tumor de páncreas, y esa, fué nuestra impresión clínica sin tener en la mano los exámenes radiológicos que aclararían definitivamente el proceso, y que dentro de un momento se los vamos a mostrar.

Está descrito que la tromboflebitis acompaña a los tumores de estómago, páncreas, pulmón, no raramente a los de colon, y también a los tumores de mama, ovarios y próstata.

Este caso pues, nos lucía de gran interés, porque además del síndrome general, tenía la tromboflebitis.

Yo quiero enseñarle a los compañeros radiólogos, el estudio de colon por enema que falta y que fué hecho después del tránsito intestinal.

Radiólogo: Dr. Kivkro: Se observa una masa vegetante en el ciego y aunque pudiera plantearse la posibilidad de un tuberculoma, un goma, o tumores de tipo parasitario, me parece que con esta imagen, lo lógico es plantear un pólipo degenerado con una poliposis múltiple del colon y sigmoides.

Moderador: Dr. Pire: Fué por este estudio radiológico que evidenciaba lesiones neoplásicas del colon, unido al estudio clínico, por lo cual se habló con los compañeros de cirugía para que fuera intervenido con el diagnóstico provisional de poliposis múltiple degenerada del colon. Es semejante a una colectomía total con ileo-sigmoidostomía, y los hallazgos quirúrgicos fueron: minoraciones a nivel del colon con caracteres malignos, aunque sin infiltrar tejidos vecinos, en los siguientes lugares: ciego e íleon terminal, porción derecha del colon transversal, ángulo esplénico del colon y sigmoides. Se revisa el hígado, mesenterio y resto de los órganos de la cavidad abdominal, sin encontrar en el examen macroscópico, lesiones metastásicas.

Proceder quirúrgico: Incisión paramedia izquierda, decolamiento de colon derecho, colon transversal, ángulo esplénico del colon, y colon descendente hasta el sigmoide bajo; ligadura por separado de los vasos cólicos. Resección de las porciones de colon antes mencionadas.

Anastomosis término-terminal del íleon y sigmoides bajos. Sutura hecha a base de puntos sueltos de seda en dos planos. Cierre por planos de la pared abdominal.

Si algún compañero quiere hacer alguna pregunta, o alguna aportación antes de que hable el patólogo, puede hacerlo.

Dr. Rivero: Quisiera solamente enseñar una imagen muy bonita. Hay una radiografía (tránsito intestinal), donde vemos gas dentro del ciego, y una imagen vegetante dentro del contraste natural producido por el gas, y que se superpone perfectamente a la imagen con doble contraste.

Moderador: Dr. Pire: Tiene la palabra el compañero patólogo Dr. Borrajero.

DR. BORRAJERO: NO tenemos las fotografías de las lesiones debido a que hace pocos días se tomaron y no se han revelado.

Se trata en efecto de una poliposis múltiple del colon, con cuatro o cinco áreas de degeneración carcinomatosa de distinto tamaño. Uno de ellos de gran tamaño en el

fondo del ciego, y otro también de gran tamaño en el sigmoidea. Entre uno y otro se encuentran carcinomas en distinto estadio de evolución y de infiltración de la pared muscular. Múltiples ganglios en el meso con metástasis neoplásica.

Tenemos la pieza anatómica para el que quiera verla se acerque aquí. Tenía una neoplasia úlcero-vegetante del ciego; también otra en colon ascendente, ángulo hepático, colon transversal, ángulo esplénico y sigmoides.

En la necropsia se comprobó una peritonitis generalizada, con necrosis del área de sutura de la íleo-sigmoidotomía. No metástasis hepática.