

Reticulosarcoma de intestino delgado perforado en peritoneo libre * **

Dres. MILTON E. MAZZA,*** E. SARROCA ****
y Br. J. REISENWEBER *****

N. G., hombre de 52 años, armenio, ingresa al Servicio de Emergencia del Hospital de Clínicas el 17-12-68 por cuadro agudo de abdomen de una hora de evolución. Su enfermedad comenzó con intenso dolor de epigastrio y región umbilical de aparición brusca que se acompaña de vómitos. El examen muestra un enfermo con buen estado general, muy robusto, sudoroso, quejoso. Intenso dolor abdominal difuso que predomina en las vecindades del ombligo. Contractura generalizada.

En los antecedentes destaca la existencia de dolores abdominales de tipo cólico datando de 6 meses, que se acompañaban de vómitos. El médico consultado le hizo radioscopia de gastroduodeno y le indicó un tratamiento antiulceroso que no le mejoró. El estado general no desmejoró durante ese lapso.

La radiografía simple de abdomen (fig. 1) tomada al ingreso, mostró algunas asas delgadas distendidas sobre el epigastrio y el hipocondrio izquierdo. Neumoperitoneo evidente.

Con diagnóstico de peritonitis difusa por perforación de viscera hueca, probablemente ulcus gastroduodenal, se opera previa breve preparación.

Operación (Dres. Mazza y Sarroca). Anestesia general. Mediana supraumbilical. Líquido turbio en peritoneo. No hay lesión perforada gastroduodenal. La exploración del intestino delgado permite comprobar sobre el yeyuno en una extensión de 30 cm. tres estenosis anulares del intestino separadas entre sí unos 10 cm. Sobre la estenosis medial y próxima al borde libre hay una perforación como hecha con sacabocados de unos 6 mm. causa de la peritonitis. El resto del intestino no presenta lesiones. No hay ganglios en los mesos. Peritoneo sin granulaciones. Hígado y bazo s./p. No hicimos diagnóstico de la naturaleza de la lesión, pero el aspecto de las mismas imponía como conducta la resección intestinal, dadas las estenosis que obstruían la luz casi totalmente. Se efectúa resección de 40 cm. del delgado. Anastomosis terminoterminal.



FIG. 1.

El postoperatorio es muy accidentado. Por razones difíciles de establecer sale sin pulso y sin presión de la sala de operaciones, en profundo shock, que obliga a reposición masiva de fluidos, a pesar de lo cual se mantiene en shock durante 24 horas. Finalmente la situación hemodinámica se normaliza, pero se instalan severas complicaciones respiratorias con aparición de un síndrome bronconeumónico que compromete la función respiratoria, debiéndose practicar traqueostomía y colocación en ventilador automático. Al 5º día del postoperatorio el paciente continuaba anóxico, se excita y se retira la conexión al ventilador y fallece en pocos segundos. La evolución desde el punto de vista abdominal fue absolutamente normal.

Se efectúa autopsia, cuyas conclusiones resumimos: "La causa de la muerte está vinculada con cambios cardiorrespiratorios. Bronconeumonía con gran compromiso del pulmón dere-

* Trabajo del Departamento de Emergencia del Hospital de Clínicas y de la Cátedra de Anatomía Patológica.

** Presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay el 7 de mayo de 1969.

*** Cirujano Adjunto de Clínica Quirúrgica.

**** Cirujano Auxiliar de Clínica Quirúrgica.

***** Practicante Interno de la Facultad de Medicina.

cho y cambios del pulmón izquierdo vinculados a areación defectuosa, acompañados de moderada dilatación del ventrículo derecho. Hepatitis con marcados cambios degenerativos del parénquima y escasa manifestación exudativa. Hipotrofia y congestión suprarrenal. Cavidad

abdominal sin líquido. La sutura intestinal estaba en perfectas condiciones, sin que existieran elementos de peritonitis en las zonas adyacentes".

El estudio macroscópico de la pieza de resección (fig. 2) mostró tres zonas de estenosis anular del intestino donde el diámetro externo se reducía a 2 cm. En la zona de la estructura medial, una perforación que comunicaba la luz intestinal con el peritoneo. Sobre las zonas estenosadas el intestino mostraba desaparición de la capa mucosa y en las zonas no perforadas desaparición casi completa de la luz intestinal con sinequia de las paredes entre sí.

La histología de las zonas ulceradas (fig. 3) corresponde a focos de una proliferación reticulosarcomatosa, comprometiendo inclusive el espesor de la muscular propia, cuya configuración histológica aparece complicada por una reacción productiva granulomatosa de reparación de las superficies ulceronecrosadas. Hay abundantes mitosis en los elementos neoplásicos presentes en las zonas mejor conservadas del tejido reticulosarcomatoso.

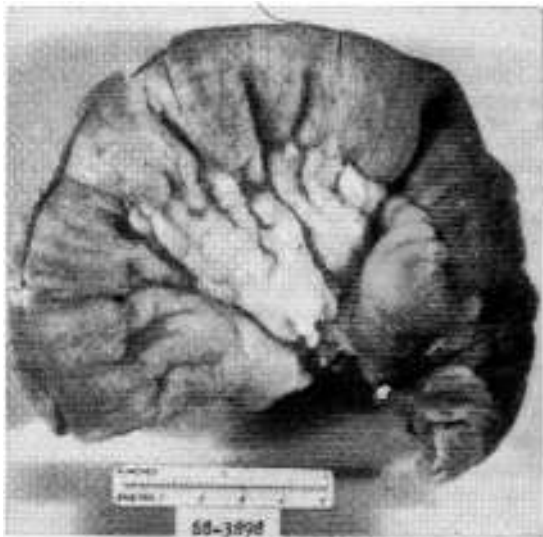


FIG. 2.

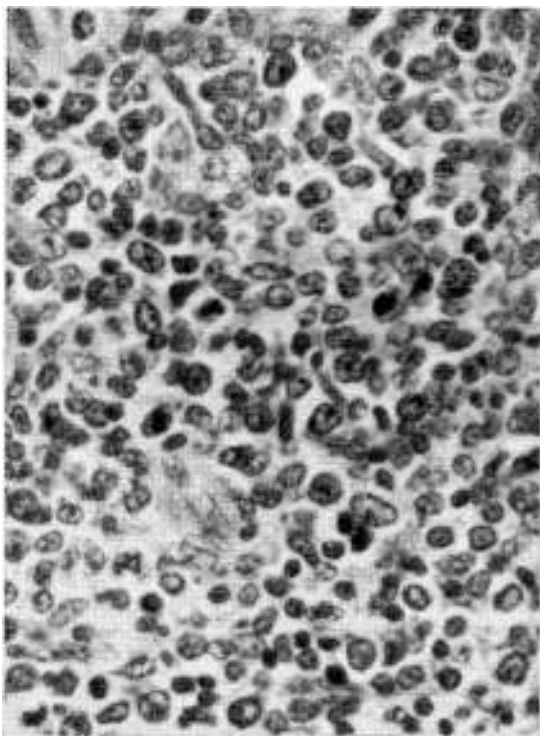


FIG. 3.

COMENTARIOS

Los linfomas malignos del delgado son tumores menos infrecuentes de lo que suele creerse. Aun cuando su frecuencia total no sea muy alta, merece señalarse que sí lo son en relación con otros tumores del delgado como lo atestiguan todas las estadísticas. De acuerdo con Rabinovitch (1), la relación entre sarcomas y epitelomas sería de 9 sarcomas por cada 48 carcinomas. Sobre un total de 693 sarcomas Al-Naaman (2) encuentra 531 linfosarcomas (77 %).

El diagnóstico es en regla difícil. Nuestro caso no escapa a ello, desde el momento que sus crisis suboclusivas fueron atribuidas a lesión gastroduodenal.

Los reticulosarcomas en particular son los tumores malignos más raros del intestino delgado según Grimes (3).

El síntoma más común del reticulosarcoma es la hemorragia por ulceración de la mucosa.

La perforación en peritoneo libre es una rara complicación. Hay algunas referencias nacionales a esta situación [Valls y Cassinelli (4), Ormaechea (5)].

Con relación a esta complicación debe señalarse, que la perforación de un tumor del delgado es signo cierto de malignidad. Cuando abre la escena clínica, debe tenerse en cuenta que una perforación sobre el intestino delgado, cuando no obedece a una

etiología claramente determinable, como puede ser una tifoidea, toma origen muy probablemente en un tumor maligno del intestino, y como consecuencia de ese hecho la actitud terapéutica debe decidir una resección amplia del intestino incluyendo los ganglios del meso, aun cuando técnicamente fuera posible una actitud más conservadora para tratar la perforación.

El aspecto anatómico del tumor en nuestro paciente es muy poco frecuente. Constituirían las lesiones, de origen claramente multicéntrico, verdaderas virolas anulares como las de los tumores del colon izquierdo. Ese tipo se explica por el desarrollo circunferencial del tumor a lo largo de los linfáticos de la submucosa.

El pronóstico de esta variedad de tumor es diversamente valorado, pero hay acuerdo en que el reticulosarcoma es el tumor más maligno y más aun cuando se perfora, hecho atestiguado por la estadística de Irvine y Johnstone (6), en la que se observa que no sobrevive ningún paciente en esa situación.

BIBLIOGRAFIA

1. RABINOVITCH. Citado por Hillemand, Cherigie, Viguie, Bourdon, Gilbrin et Abatzis. Les lymphosarcomes du grêle. *Sem. Hop. Paris*, 20 avril 1955.
2. AL-NAAMAN, Y. D. Sarcomas of the small intestine. *Amer. J. Surg.*, 99: 320, 1960.
3. GRIMES, O. F. Reticulum cell sarcoma of the small bowel. *Amer. J. Surg.*, 100: 602, 1960.
4. VALLS, A. y CASSINELLI, F. Linfomas de intestino delgado. *Bol. Soc. Cir. Urug.*, 32: 81, 1961.
5. ORMAECHEA, C. Comunicación personal.
6. IRVINE, W. and JOHNSTONE, J. Lymphosarcoma of the small intestine with special reference to perforating tumors. *Brit. J. Surg.*, 42: 611, 1955.

DISCUSION

Dr. Bermúdez: La observación que nos trae el Dr. Mazza tiene varios aspectos interesantes. En primer lugar, el síndrome doloroso de los pacientes afectados de tumores yeyunales altos ha sido relacionado con frecuencia al gastroduodeno, quizá por insuficiencia de interrogatorio y análisis o de colaboración por parte del enfermo. El error es prácticamente inevitable cuando el cirujano enfrenta la complicación perforativa alta sin haber asistido a las etapas previas. Así sucedió en este caso y en una de nuestras observaciones personales.

Otro aspecto importante es la complicación perforativa en relación al tipo de tumor. En todas las estadísticas, el mayor porcentaje de perforaciones dentro de los tumores del intestino delgado, corresponde a los linfosarcomas.

Hay otro aspecto que considero muy importante: este enfermo falleció habiendo sido operado precoz y correctamente como pudo ser comprobado en la necropsia. El comunicante habla de una complicación inexplicable en su origen. Teniendo en cuenta la evolución del postoperatorio inmediato y la secuencia de complicaciones pulmonares precoces graves e irreversibles que motivaron la muerte, pienso que pudo haber sufrido un accidente anestésico por aspiración de secreciones digestivas. Solicito al Dr. Mazza, si puede aclararnos algo en tal sentido, porque en algunas oportunidades hemos asistido a esta evolución grave en el postoperatorio inmediato en pacientes que habían sufrido este tipo de accidente, que por acción de las secreciones ácidas puede desencadenar un cuadro semejante al del edema agudo del pulmón.

Dr. Danza: Respecto a este tipo de lesiones y para agregar a la casuística otro caso, recordamos uno que fue operado hace casi un año en el Hospital Maciel por el Dr. Arias, que tenía un reticulosarcoma de yeyuno. Se operó de urgencia y se le encontraron unas perforaciones intestinales; se le hizo una resección intestinal. Hace casi un año que el enfermo fue intervenido, y hace aproximadamente un mes lo vimos de nuevo en policlínica; el enfermo está en condiciones bastante buenas, pero estaba muy delgado. De manera que se le iban a repetir las radiografías de tórax, etc., que se le hicieron en el momento del postoperatorio inmediato y en ese momento no tenía ninguna otra localización aparentemente de reticulosarcoma.

De manera que es una cosa que tiene interés para pensar en los casos de perforaciones. el linfosarcoma o el reticulosarcoma, y que, por lo menos en algunos casos, pueden con una resección tener una sobrevida aceptable. Nada más.

Dr. Mazza: Contestando a lo que dice el Prof. Bermúdez en relación con el primer punto, es absolutamente correcto que la mayoría de estos tumores son interpretados erróneamente y la sintomatología se atribuye a una causa que no es la real.

En relación a la causa de la muerte, fue mucho más deplorable después de comprobar que el acto quirúrgico no era el responsable. El enfermo fue visto por varios colegas en el postoperatorio. Tenemos la impresión de que hubo una complicación anestésica cuya exacta catalogación se nos escapa, pero que presumiblemente pudo haber sido intubación defectuosa, con intubación de un solo bronquio, posteriormente corregida, a lo mejor durante el acto quirúrgico, pero tenemos la impresión de que hubo una complicación intraanestésica de la que no fuimos advertidos, que explica el shock y la secuencia ulterior de complicaciones respiratorias.

Agradezco a los colegas que se han ocupado de la comunicación.