

Mesotelioma maligno de peritoneo

A propósito de una observación

Dres. ALBERTO ESTEFAN, CARLOS GOMEZ FOSSATI
y EDUARDO DE STEFANI *

Si bien los tumores secundarios del peritoneo son un hallazgo frecuente en la práctica clínica corriente, no sucede lo mismo con las neoplasias primarias de la serosa originadas en la línea mesotelial (mesoteliomas), que deben considerarse como una verdadera rareza (1, 6, 15, 21).

La real existencia de los mesoteliomas en general y el peritoneal en particular han sido puestos en duda por Willis (20), quien sostiene que éstos son meras metástasis de un carcinoma oculto. Sin embargo, actualmente la mayoría de los patólogos (1, 5, 6) aceptan esta entidad anatomoclínica, reconociendo su extremada infrecuencia y sus dificultades de diagnóstico histopatológico.

En la revisión de la casuística nacional, no hemos encontrado referencia alguna sobre los mesoteliomas peritoneales.

Es motivo de esta comunicación la presentación de un mesotelioma maligno difuso de peritoneo (epiplón mayor), al mismo tiempo que efectuar una breve reseña sobre el tema.

* Residente de Cirugía Clínica Quirúrgica "B", Asistente de Cirugía Clínica Quirúrgica "B", Adjunto del Dpto. Anatomía Patológica Prof. A. Matteo.

Trabajo de Clínica Quirúrgica "B" Prof. J. Pradines. Presentado el 27 de setiembre de 1972.

OBSERVACION

H. de C. N° 85.490. A. C. de B. Sexo femenino. 59 años. Comienza hace 3 meses con detención del tránsito para materias y parcial para gases, que duraban de 3 a 4 días para luego ceder con episodiosseudodiarreicos; cuadros que se repitieron en varias oportunidades. Concomitantemente nota distensión abdominal progresiva. Desde el comienzo anorexia marcada y adelgazamiento de 10-15 kgrs. Internada en el H. de Rosario, le evacúan 5 litros de líquido de ascitis; enviándola con el diagnóstico de carcinomatosis peritoneal.

A. Personales. Colectomizada por litiasis vesicular múltiple hace 10 años; herniorragia umbilical y apendicectomía hace 8 años.

Examen. Mal estado general. Adelgazada. Anémica. Cuello: eje visceral bien centrado, no se palpan tiroides ni adenopatías. Mamas: s/p. Abdomen: distensión difusa; ascitis libre. T. vaginal y rectal: normal. Tórax: normal. C. vascular: P.A. 100-80 mmHg; pulso amplio de 100 pm.; ritmo regular sin ruidos sobregregados. Exámenes paraclínicos. Rx. simple de abdomen: escasos gases en colon. Colon por enema: colon de caracteres funcionales y morfológicos normales. Ex. citoquímico de líquido de ascitis: exudado; en tres oportunidades no se reconocieron células neoplásicas. Proteíemia: 4.50; Hemograma: Ht: 35 %; G.R.:

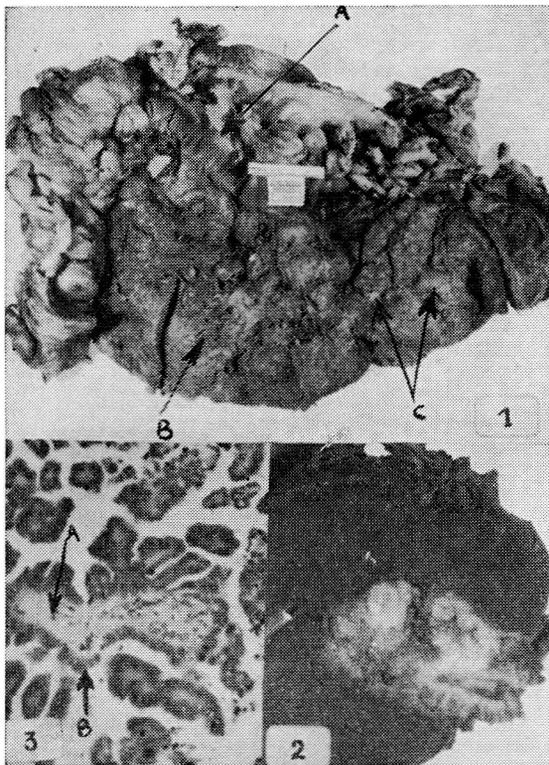


FIG. 1.— A) Colon transverso infiltrado por el tumor. B) Epiploon mayor difusa y masivamente sustituido por el mesotelioma. C) Nódulos y formaciones quísticas (característico de los mesoteliomas peritoneales). FIG. 2. Corte sagital de hígado. Infiltración del hígado por vía del ligamento redondo. FIG. 3.— Microfotografía a gran aumento. A) Eje conjuntivovascular de las papilas. B) Células cubocilíndricas con núcleos vesiculosos, con atipias celulares.

3:100.000; G.B.: 5.400. F. Hepático: B.T.: 0.50 mg.; Col. total: 168 mg.; F. alcalinas: 5 u.

Operación. Anestesia local. Transversa de hepogastrio. Abundante cantidad de líquido de ascitis de aspecto citrino. Región supramesocólica bloqueada por adherencias. Carcinomatosis masiva del epiploon mayor. No se encuentran evidencias del primitivo a la exploración somera.

Postoperatorio. Agravamiento rápido y progresivo, con muerte al 5º día.

Autopsia. Examen externo: Cuerpo de raza blanca con franco adelgazamiento. No se palpan adenopatías, así como tampoco nódulos en tiroides ni mamas. **Abdomen:** Gran cantidad de líquido de ascitis citrino. Epiploon mayor de aspecto granuloso, francamente engrosado de modo masivo y difuso. El ligamento redondo está masivamente infiltrado por el proceso tumoral, por vía del cual se extiende al hígado en una extensión limitada de 4 a 5 cms.; el resto del hígado es de tamaño y morfología normal. Numerosos depósitos blanquecinos de 1 a 4 cms. que comprometen a intestino delgado, colon, fondo de saco de Douglas y diversos recesos peritoneales. Restantes órganos

abdominales de caracteres normales. No hay adenopatías.

Microscopía: Tumor constituido por células cubocilíndricas de núcleo vesiculoso y citoplasma levemente basófilo provisto de gránulos acianófilos. Dichos elementos se disponen siguiendo una estructura papilar bien definida; las papilas están revestidas por una o dos capas de células neoplásicas, presentando un eje conjuntivo vascular bien vascularizado y con escasas formaciones concéntricas calcificadas (cuerpos psamomatosos). Las células neoplásicas infiltran nitidamente el estroma sin transición. La serosa de colon, estómago, cápsula esplénica, grasa y cápsula pancreática, así como el ligamento redondo se encuentran invadidos e infiltrados por el proceso tumoral. El hígado está infiltrado alrededor de la base de implantación del ligamento redondo en una extensión de 5-6 cms. En los cortes examinados el tumor presentaba características arquitecturales y citológicas idénticas.

Diagnóstico histológico: Mesotelioma maligno difuso papilar de epiploon mayor.

DISCUSION

Incidencia. Los mesoteliomas constituyen el 0,1 % de las neoplasias del peritoneo (2); en la revisión de Winslow (21) de la casuística mundial hasta 1965, sólo encontró 25 casos de genuinos mesoteliomas peritoneales.

Patología. De acuerdo con Stout (15, 16) se reconocen dos formas histopatológicas en ocasiones difíciles de diferenciar: mesotelioma benigno (fibroso y papilar) y mesotelioma maligno (papilar y tubular). Macroscópicamente se describen los tipos localizados y difusos, los que se extienden a toda la cavidad peritoneal. Su topografía más frecuente es el sector supramesocólico y particularmente a nivel del epiploon mayor (21). Se caracterizan por poseer una marcada tendencia a la formación de nódulos o microquistes, en general a contenido seroso o hemorrágico, pudiendo ser sésiles o pediculados.

Raramente dan metástasis a distancia, extendiéndose fundamental y prioritariamente por propagación directa, infiltrando los órganos vecinos (4, 18, 21), habiéndose publicado casos de infiltración pleural y/o mediastinal. En etapas avanzadas pueden metastasiar por vía linfática y más raramente por vía sanguínea, siendo el hígado el órgano más frecuentemente colonizado.

Han sido descritos (3, 8, 10) mesoteliomas peritoneales asociados a hipoglucemia, lo que sería debido a la secreción por parte de la neoplasia (en general de la variedad benigna), de sustancias insulinosímil, esteroides o sustancias que producirían la liberación de insulina por parte de las células de los islotes de Langerhans.

Los mesoteliomas tienen una marcada tendencia a la secreción de ácido hialurónico y ácido mucopolisacárido, que pueden ser de utilidad en el diagnóstico clínico e histopatológico, efectuando su individualización en el líquido de ascitis y en los cortes microscópicos (17, 1, 16).

Clínica. Los mesoteliomas son más frecuentes en la edad media de la vida, siendo excepcionales en el niño (6, 21); su incidencia es similar en hombres y mujeres (21).

La sintomatología es vaga e imprecisa, teniendo como signo más frecuente la ascitis importante y rebelde a todo tipo de tratamiento.

Diagnóstico. El diagnóstico es de orden estrictamente anatomopatológico y estará basado en: historia clínica compatible, cambios macroscópicos típicos, caracteres de la estructura histopatológica del tumor, zona transicional entre el tumor y peritoneo sano, pruebas histoquímicas características pero no patognomónicas [Pas negativo, hialuronidasa lábil (1, 16, 17)]; descartar la existencia de un cáncer oculto (en especial ovario, pulmón, estómago, vesícula, tiroides, mamas).

Tratamiento. En las formas localizadas benignas o malignas la resección segmentaria más o menos extensa es lo indicado (13, 15, 21), conociéndose casos de curación permanente en la variedad benigna. En las formas malignas difusas poco es lo que puede ofrecérsele al paciente (1, 4, 18, 21). La actinoterapia externa (11) o interna [oro coloidal radioactivo (14)]; así como la quimioterapia general o intraperitoneal sola o combinada no han dado buenos resultados (21).

RESUMEN

Se presenta un caso de mesotelioma maligno difuso papilar de epiplón mayor con infiltración de colon, estómago, cápsula esplénica y pancreática, ligamento redondo e hígado; que sería el primero en la casuística nacional.

Se hace una breve revisión de la patología, diagnóstico y tratamiento de esta infrecuente enfermedad.

RÉSUMÉ

Présentation d'un cas de mésothélioma maligne, diffus, papillaire du grand épiploon avec infiltration du colon, estomac, capsule splénique et pancréatique, ligament rond et foie qui serait le premier dans la documentation nationale.

Brève révision de la pathologie, diagnostic et traitement de cette maladie peu fréquente.

SUMMARY

For the first time in national case material, or so we believe, there is a case of diffuse, papilar, malign mesothelioma in the omentum majus infiltrated in colon, stomach, splenic and pancreatic capsule and liver. It was slightly round. For this reason the author reviews pathology, diagnosis and treatment of this rare disease.

BIBLIOGRAFIA

1. ACKERMAN, L. V. Tumors of the retroperitoneum mesentery and peritoneum. En Atlas of tumors pathology; T. IV. Washington, 1954.
2. ACKERMAN, L. V. Surgical pathology. 2nd. Ed. Mosby Co. Saint Louis, 1964.
3. GARFIELD, C. R., BELCHER, H. V., SHUTTLEWORTH, J. S. Fibrous mesothelioma with hypoglycemia psychosis and coma. *JAMA*, 186: 120, 1963.
4. GODWIN, M. D. Diffuse mesothelioma; with comment with their relation to localized fibrous mesothelioma. *Cancer*, 10: 298, 1957.
5. HILL, R. P. Malignant fibrous mesotheliomas of peritoneum. *Cancer*, 6: 1182, 1953.
6. KAUFFMAN, S. L. Mesothelioma in children. *Cancer*, 17: 539, 1964.
7. KARSNER, H. T. Case of primary endothelioma of great omentum. *JAMA*, 56: 1871, 1911.
8. LEGER, L., SORS, C. H., DUBOS, C. L., MADELAIN, M., LEJEUNE, J., ROSEAU, E., LEI-MAIGNE, G. Les hypoglycémies des tumeurs mésenchymateuses extrapancréatiques. *Presse Méd.*, 71: 219, 1963.
9. MILLER, R. T. Mesothelioma of peritoneum. *J. Path. Bact.*, 12: 267, 1911.
10. NESBITT, K. A., BOSWELL, J. T., DEJESUS-GONZALEZ, M. A., SARKISIAN, S. S. Malignant mesothelioma associated with hypoglycemia; report of case. *Amer. J. Path.*, 30: 148, 1958.
11. PENDERGRASS, E. P., EDEIKEN, J. Peritoneal mesothelioma; case report. *Cancer*, 7: 899, 1954.
12. RAMSEY, T. S., CHOMET, B. Mesothelioma (endothelioma) of the peritoneum. *Arch. Path.*, 35: 292, 1943.
13. RHIUD, J. A., WRIGHT, C. T. Mesothelioma of the peritoneum. *Brit. J. Surg.*, 36: 359, 1948-9.
14. ROSE, R. G., PALMER, J. D., LONGHEED, M. N. Treatment of peritoneal mesothelioma with radioactive colloidal gold. *Cancer*, 8: 478, 1955.
15. STOUT, A. P. Mesothelioma of the pleura and peritoneum. *JAMA*, 44: 409, 1951.
16. STOUT, A. P. Solitary fibrous mesothelioma of the peritoneum. *Cancer*, 3: 820, 1950.
17. THOMPSON, M. E., BROMBERG, P. A., AMENTA, J. S. Acid mucopolysaccharide determination. A useful adjunct for the diagnosis of malignant mesothelioma with effusion. *Amer. J. Clin. Path.*, 52: 335, 1969.
18. TOMPSON, P. M. Peritoneal mesothelioma. *Amer. J. Surg.*, 90: 1007, 1955.
19. TROTTER, B. B., PALMER, W. S. Mesenchymatosis mesothelioma: report a case with unusual histopathological features. *Cancer*, 12: 884, 1959.
20. WILLIS, R. A. Pathology of tumors. 3ra. Ed. Butherworth, 1960.
21. WINSLOW, D. J., TAYLOR, H. B. Malignant mesothelioma. A clinicopathological analysis of 12 fatal cases. *Cancer*, 13: 127, 1965.