

LINITIS PLÁSTICA

Meningitis Carcinomatosa

Prof. Agr. Héctor Ardao

Voy a relatar sumariamente, en el breve tiempo de que dispongo, una observación muy excepcional de linitis plástica que se acompañó de meningitis carcinomatosa. Yo no encuentro nada mejor para honrar la memoria de Ewing que este relato sobre un tema que él trató con gran devoción aportando las enseñanzas de una amplia experiencia y de concepciones originales.

Enfermo de 68 años que hace 8 meses comienza su mal con disfagia progresiva. En este tiempo repetidos exámenes radiográficos del esófago y del estómago han sido negativos. También una esofagoscopia. Un mes atrás acusa dolores epigástricos y cambio en el carácter. Ingresa a una sala de Cirugía. En la noche presenta una crisis de excitación psico-motriz y deambula por los corredores. Al otro día, estando en el Servicio de Rayos X, entra bruscamente en un coma profundo. Sale de él bruscamente, sin déficit motor, veinte horas después en una sala de Medicina. Pero queda definitivamente instalado un síndrome meningítico neto: posición en gatillo, rigidez de nuca, Koernig, etc. Punción lumbar: líquido claro, no hipertendido en cuyo centrifugado se encuentran numerosas células grandes, redondas, de aspecto endotelial. Fallece a los 20 días en el curso de los cuales entra 4 veces más en coma. Uno de ellos tiene cuatro días de curación. Fondo de ojo: normal.

La necropsia nos reveló: 1º Cáncer gástrico difuso que toma casi todo el órgano respetando el canal pilórico. (Fig. 1).

2º Infiltración neoplásica esquirrosa, retráctil, del pequeño

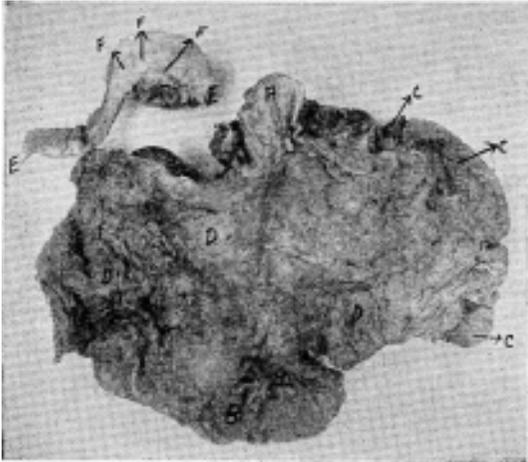


Fig. 1. — Estómago visto por la cara mucosa. En A esófago abdominal y cardias; B — B, canal pilórico; C, borde anterior del bazo; D, mucosa engrosada, saliente en mamelones y con numerosas ulceraciones pequeñas y superficiales. E, E corresponde a la superficie de sección de la pared del estómago vecina al cardias. Como lo señaló Ewing, el espesamiento de las paredes del estómago en la linitis plástica se hace sobre todo a expensas de la infiltración de la submucosa F, F, F y en menor grado por infiltración de la capa muscular.



Fig. 2. — Médula Espinal vista por detrás. Cubierta por las leptomeninges. En la parte inferior es visible la meningitis carcinomatosa en forma de esudado gelatinoso oscuro.

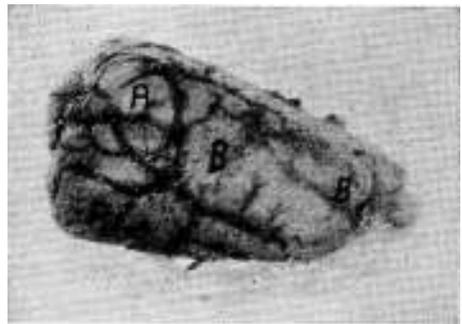


Fig. 3. — Fragmento de Cerebro. — En partes A se percibe claramente la morfología de los surcos y las circunvoluciones. En B los relieves aparecen borrosos porque los espacios subaracnoideos están rellenos de una capa de células neoplásicas en forma de película delgada y transparente.

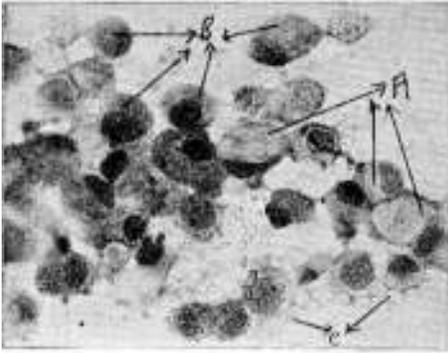


Fig. 4. — Células neoplásicas en el frotis del exudado gelatinoso que reviste los Tubérculos Mamilares.

Obsérvese en A células en degeneración mucosa características del cáncer mucinoso del estómago. En B células tumorales atípicas sin mucos en el protoplasma. En C glóbulos rojos.

Fig. 5. — Corte horizontal del Quiasma Optico y origen de ambos Nervios Opticos. En A se indica, a muy pequeño aumento, la vaina carcinomatosa situada en el espesor de las leptomeninges. Infiltra la periferia de los nervios.

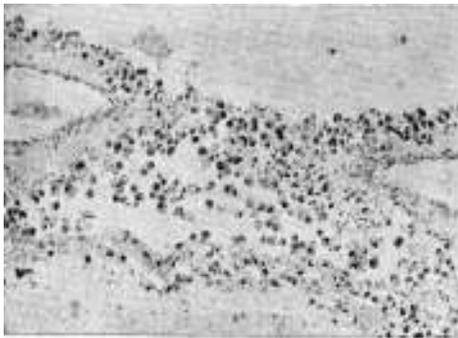
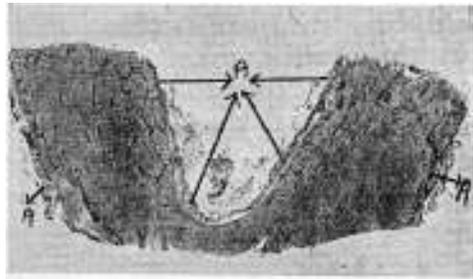


Fig. 6. — A mayor aumento un campo de la figura precedente. Se observan 2 vasos sanguíneos de las meninges rodeados de células cancerosas, muchas de ellas del tipo en anillo. En la parte inferior se ve la piamadre infiltrada y algunas células por debajo.

Fig. 7. — Corte de Protuberancia Anular. Se ve por fuera la densa infiltración carcinomatosa de las leptomeninges y en A, B, C, D y E vasos sanguíneos rodeados de maniguitos neoplásicos. En D y E la vaina linfática perivascular está parcialmente llena de células y los vasos sanguíneos son permeables.



epiplón, de los pilares del diafragma y tejidos celulosos retro-peritoneales yuxta-aórticos, de tal forma, que el cuerpo de las vértebras vecinas queda envainado.

3º Infiltración neoplásica en pequeños cordones de la cara inferior del diafragma, de una amplia zona del peritoneo parietal anterior, de la raíz del mesenterio y de casi todo el fondo de saco de Douglas.

4º No hay metástasis viscerales en los órganos del tórax ni del abdomen.

5º Meningitis carcinomatosa difusa cerebro-espinal (Fig. 2 y 3). No hay nódulos ni granulaciones en el neuroeje o las meninges. Solamente los espacios sub-aracnoideos del raquis (sobre todo a nivel del fondo de saco inferior, y en el cráneo a nivel de la base del encéfalo) presentan un aspecto gelatinoso rojizo como si en tales espacios se hubiera acumulado difusamente un exudado inflamatorio en capa muy delgada. Y debemos señalar que si no hubiera sido por el examen citológico del líquido de punción lumbar esta lesión, poco característica y poco notable, pudo muy bien haber pasado inadvertida en la investigación anatómica.

Los frotis realizados con el exudado que rodea a los tubérculos mamilares revela la existencia de abundantes células sueltas, en degeneración mucosa, del tipo en anillo de Krukenberg. Es el mismo tipo celular que se observó en el examen del líquido céfalo-raquídeo en vida del enfermo y el mismo que se observa en la infiltración neoplásica de las paredes del estómago, de los ganglios periaórticos, de las meninges y de la corteza nerviosa. Los cortes histológicos del quiasma óptico y protuberancia revelan la infiltración masiva de los espacios sub-aracnoideos por las mismas células características de este tipo de cáncer gástrico. (Figs. 5, 6 y 7).

Se comprueba, además, que tales células tienen una tendencia especialísima a propagarse desde las meninges por las vainas linfáticas de los vasos a la corteza nerviosa adyacente. Recapitulando podemos decir que este tumor, que es el cáncer linfófilo por excelencia, se ha propagado directamente desde el estómago, hasta las meninges raquídeas alrededor de los nervios medulares como lo muestran los cortes histológicos infiltra las vainas de los gruesos nervios y de las raíces pasando por los agujeros de conjunción. Sin dejar de ser linfófilo se propagó por los nervios. Pero una vez en

los espacios subaracnoideos siguió propagándose por los linfáticos perivasculares e infiltrando el parénquima nervioso desde la periferia.

Nos referimos al comienzo a la excepcionalidad de esta observación. Destacamos ahora que es excepcional en ella:

1º **La topografía del cáncer gástrico.** Toma casi todo el estómago y deja libre el canal pilórico. Esto no es común en la linitis plástica la cual precisamente comienza en la región pilórica (Ewing). La conservación de la región pilórica explica las particularidades de la historia clínica de este caso la ausencia del síndrome pilórico; y además la falta del diagnóstico por los rayos X.

2º **La propagación del cáncer a los espacios meníngeos por los linfáticos perinerviosos y perivasculares.** Una vez dentro de los espacios sub-aracnoideos la difusión y siembra del encéfalo se ha hecho también mediante el transporte por el líquido céfalo-raquídeo.

3º **El diagnóstico de neoplasia nerviosa por el examen citológico del líquido céfalo-raquídeo obtenido en la punción lumbar.** Con el auxilio de esta investigación, puede hacerse el diagnóstico de tumor y de la variedad del mismo.

No ignoramos que estos hechos no son inéditos. Más aún, bien mirada, la meningitis carcinomatosa puede considerarse como un hecho general en la patología de los epitelomas. Sin embargo su excepcionalidad misma, unida a las consideraciones propias del caso, validan el interés de la observación en esta asamblea de cirujanos.
