

Conferencia Clínico Patológica

Dr. Virgilio Cardona López(*)

HISTORIA CLÍNICA:

R. E. M. de 18 años de edad, sexo femenino, unión libre, mestiza, nacida en Nacaome, Depto. de Valle, residente en el **mismo lugar**. Oficios domésticos. Ingresó el 19 de abril de **1968**.

S. P.: "Dolor abdominal y vasca."

H.E.A.: Refiere la paciente que desde el 8 de febrero de 1968 no tiene menstruación y que hace aproximadamente 22 días presenta **náuseas** matutinas, antes del desayuno, sin vómitos, además refiere diarrea en número de tres a cuatro veces al día, de la misma evolución, de igual evolución presenta dolor intermitente en el abdomen inferior que desaparece al estar acostada.

Hay historia de elevaciones febriles, no cuantificadas, diarias, precedidas de escalofríos al atardecer, y que desaparecen por la noche con diaforesis.

No refiere aumento del volumen del abdomen, sangrado genital, ni leucorrea. Ha notado palidez desde el inicio de la enfermedad, no ha recibido tratamiento alguno.

F.O.G. Sueño y sed normales. Hiporexia, diarrea, micción normal.

Antecedentes familiares, hospitalizaciones anteriores, historia traumática y quirúrgica: no contribuyente.

Gineco-obstétrico: Menarquía a los 14 años, tipo 28/3, regular e indolora. No dá historia de expulsión de coágulos, ni leucorrea. Grávida: 1 Para: 0. Fecha de última regía: el 8 de febrero de 1968.

Historia sexual: Primera relación sexual a los **16** años, mantiene relaciones sexuales hasta hace una semana.

Medio ambiente: Rural, dietética: come tortillas, frijoles y carne dos veces a la semana.

Hábitos: Toma café dos tazas al día.

Catedrático de Patología de la Escuela de Medicina.

REVISIÓN DE SÍNTOMAS: Cefalea a partir del medio día, tipo frontal de 15 días de evolución, desaparece espontáneamente.

Ojos, oídos, nariz, boca, garganta, **osteoarticular**, linfoganglionar, neuromuscular: Nada de particular. Cardiorespiratorio; Tos desde hace 1 días, con expectoración blanquecina, disnea al caminar. Piel: palidez ya referida.

EXAMEN FÍSICO: P. A. 110/70. Pulso: 120 x\ Temp.: 37. Paciente en regular estado general y mal estado nutricional, orientada en tiempo y espacio, distraída. Cabeza: N.D.P. Ojos: conjuntivas pálidas. Boca y **garganta**: mala higiene. Nariz y cuello: nada de particular. Tórax: bien formado, simétrico, presenta un nódulo en el cuadrante superior externo de la mama derecha, duro, móvil de 3 mms. Corazón: normal. Pulmones: normales. Abdomen: globoso. Útero: aumentado de tamaño, duro, como para embarazo de 24 semanas. Ríñones, hígado y bazo: normales. Ginecológico: vulva normal. Vagina: pálida, cuello de nulípara con cervix ligeramente erosionado, orificio externo: cerrado, duro, en los focos de saco se palpa la pared uterina, dura, de consistencia pétreo, extremidades, osteoarticular y neuromuscular: O.

Diagnósticos clínicos: (1) Mola hidatidiforme. (2) Neoplasia ovárica:

EXAMENES: **23*IV/68-Examen** de heces. Quistes de giardia lamblia: escasos. Huevecillo. de **ascaris** lumbricoides: 20/IV/68. Hematológico: Hemoglobina: 2,3 gms. Hematócrito: 7 vol%. 20/IV/68. Química «sanguínea»: N.N.P.: 29 miligramos. Glucosa: 133 miligramos. Proteínas totales: 8.1 gramo. Examen de orina: color amarillo, aspecto turbio, pH: 6. Albúmina: Indicios. Glucosa: negativa. Densidad: poca orina. Examen del sedimento: epiteliales: + + + + Leucocitos: + +

Rayos **X de abdomen.**, 23 de abril de 1968. Se observa una tumoración que nace en la cavidad pelviana, cuyo fondo se eleva hasta la región umbilical, no se ven calcificaciones, ni partes fetales. La tumoración descrita creemos que corresponde con un útero aumentado de tamaño.

Notas **de evolución**: Durante su estadía en el H.G.S.F. por seis días, el estado general de la paciente progresivamente fue deteriorándose y recibió tres **transfusiones** sanguíneas con la idea de mejorar su estado general; al mismo tiempo desarrolló tos, con expectoración, disnea, polipnea, taquicardia y signos pulmonares de proceso broncopneumónico escuchados. Se consideró que la paciente había desarrollado edema agudo del pulmón y posteriormente falleció.

DISCUSIÓN CLINICO-PATOLOGICA

El caso arriba descrito fue discutido por el Dr. Rene Carranza en reunión con los miembros de la Sociedad de Ginecología y Obstetricia. Después de su presentación se hizo una exposición de los diagnósticos probables y llegó a la conclusión clínica de que el presente caso representaba un proceso tumoral maligno llamado "tumor mixto de mesoderma".

La autopsia demostró un tumor aparentemente primario de ambos ovarios, midiendo en el lado derecho 19x14x12 cms. e izquierdo: 11x8x7 cms., duro, de color amarillento y bien demarcado. (Fotos N° 1 y 2). El útero era de forma y tamaño normal, sin evidencia de tumor. El mismo tumor aparecía también invadiendo ganglios **mes entéricos**, páncreas, estómago, hígado, riñones, suprarrenales y corazón.

El nódulo descrito clínicamente en 3a mama derecha medía 2x2x1 cms. y también tenía el mismo aspecto macroscópico que el tejido tumoral de ovario. Por el aspecto macroscópico de los tumores de ovario y la lesión de estómago se creyó originalmente que se trataba de un carcinoma primario de estómago o páncreas con metástasis a ovarios.

Al estudio histológico de todos estos órganos se demostró que la célula tumoral era de origen linfoide, (Foto N° 8) pequeña con núcleo redondo y ovalado, con escaso citoplasma, invadiendo y reemplazando los tejidos en una forma difusa, en la misma forma que lo hacen los linfomas. La lesión de la mama derecha demostró ser del mismo tipo histológico.

El presente caso representa un linfosarcoma generalizado; que por su tamaño a nivel de ovarios parece el sitio del tumor primario, lo que indudablemente representa una localización rara. Es de notar que no habían ganglios linfáticos afectados a excepción de los mesentéricos.

RESUMEN

El presente caso tiene interés clínico-patológico ya que se trataba de un linfosarcoma con manifestaciones clínicas y localización tumoral intra-abdominal de mayor volumen en ambos ovarios.

A. T. Herting en su revisión de tumores del ovario (1) no menciona la posibilidad de linfosarcomas primarios en ovario, esto naturalmente es debido a que este tipo de tumores se les considera como un proceso sistémico de focos multicéntricos, sin embargo, estos tumores pueden originarse en un órgano y permanecer localizados por mucho tiempo antes de dar manifestaciones difusas, como ocurre cuando se originan en el aparato gastrointestinal principalmente estómago.

La edad de la paciente corresponde con la mayoría de los autores al decir que este tipo de tumores es más frecuente en la 2ª y 3ª década de la vida.

SUMMARY

A case of a **girl** 18 years old with **gastrointestinal-symptoms, fever, diaphoresis** and severe anemia is presented.

The autopsy revealed a large bilateral ovarian tumor with extensión to almost all the intrabdominal organs and proved histologically to be a **lymphosarcoma, probably originated** in the **ovaries, which** is an **unusual** location.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.—**HERTING ARTHUR F. MD.:** Tumors of the **female** sex organs. Part 3. Fascicles A.F.I.P. 33 Section IX, Pág. 143.

Fig. 1.—Aspecto externo de la tumoración bilateral de ovarios. Obsérvese el tamaño normal del útero.

Fig. 2.—Superficie de corte de las tumoraciones ováricas, con aspecto linfomatoso.

Fig. 3.—Corte histológico demostrando la proliferación difusa de células linfoides neoplásicas que fueron observadas en los tumores de ovarios, páncreas, riñones, mama, etc. 45 x.

Fig. 1

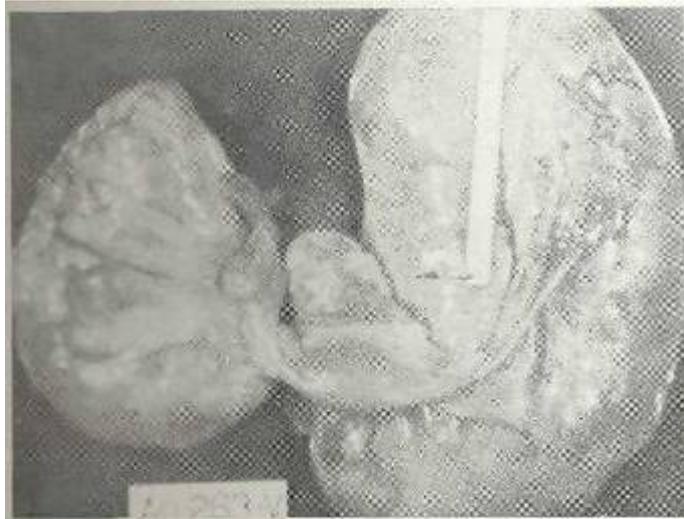


Fig. 2

