

Mujer de 77 años con úlcera perforada y ganglio de Virchow

Tte. Cor. M.C. José Arturo **Meneses Cervantes**,* Tte. Cor. M.C. Antonio **García Ruiz**,*****
 Mayor M.C. Reginaldo Antonio **Alcántara Peraza**,*** Mayor M.C. Claudia **Rodríguez Montes**,****
 Mayor M.C. Marco Antonio **Loera**,** Tte. Aux. M.C. Mario A. **Guatemala Gallegos*******

Sesión Clinicopatológica del Hospital Central Militar. Ciudad de México.
 Septiembre 6, 2003

RESUMEN

Se presenta el caso de una mujer de 77 años, ingresada con vientre agudo. Se intervino quirúrgicamente con hallazgo de úlcera perforada y peritonitis. Evolucionó tórpidamente y requirió manejo de cavidad abdominal abierta por más de un mes. Finalmente mejoró lo suficiente como para ser egresada y se controló como externa, reingresando dos meses después por fístula entero-cutánea y mal estado general. Evoluciona mal. Se le detecta ganglio supraclavicular izquierdo, del que se toma biopsia, reportada como adenocarcinoma. Presenta complicaciones respiratorias, se deteriora y fallece. Se discute el manejo, el hallazgo de Patología y su posible trascendencia como causa de la muerte.

Palabras clave: ganglio de Virchow, ganglio supraclavicular izquierdo, adenocarcinoma de vesícula, úlcera gástrica perforada.

Presentación del caso

Se presenta el caso de una mujer de 77 años, ingresada el 2 de agosto de 2002 por dolor abdominal agudo. Entre sus antecedentes destacan una laparoplastia por hernia umbilical en 1977, extracción de catarata con colocación de lente intraocular del ojo izquierdo en diciembre de 2001; también en diciembre de 2001 se le detectó fibrilación auricular iniciando manejo con anticoagulantes orales.

Seventy-seven years old woman

with perforated gastric ulcer and Virchow node

SUMMARY

A 77 years old woman was admitted with abdominal pain. The diagnosis of acute abdomen was established and the patient was carried to surgery. In a formal laparotomy, severe peritonitis secondary to perforated gastric ulcer were the findings. The patient was managed in the ICU with open cavity and frequent surgical abdominal cleaning. Fifty five days later she got better and was discharged of the hospital, but two months later, the patient went back, malnourished and with an entero-cutaneous fistula. An enlarged left supraclavicular node was noted, and an adenocarcinoma was the pathological report of an excisional biopsy. General conditions of the patients got worse, and finally she suffered respiratory complications and died. The management and the pathological findings are discussed.

Key words: Virchow node, left supraclavicular node, gallbladder adenocarcinoma, perforated gastric ulcer.

El dolor abdominal, motivo del ingreso, tenía 24 horas de evolución siendo generalizado, de intensidad progresiva, asociado a náusea y varios vómitos de contenido gástrico. A la exploración se encontró deshidratada y con datos francos de abdomen agudo. En los estudios radiológicos de ingreso se encontró lo siguiente (se solicita la intervención del comentarista radiólogo): la radiografía tele de tórax muestra estructura ósea con cambios degenerativos propios de la edad; los campos pleuropulmonares son esencialmente normales y

* Coordinador de la sesión. Jefe de la Sección de Cirugía General, Hospital Central Militar (HCM). ** Comentarista inicial. Residente de 3er. año de Cirugía General, Escuela Militar de Graduados de Sanidad. *** Comentarista radiólogo. Adscrito a la Sección de Radiología Invasiva, HCM. **** Comentarista patóloga. Adscrita al Departamento de Patología, HCM. ***** Comentarista final. Jefe de la Sección de Cirugía de Invasión Mínima, HCM. ***** Comentarista oncólogo. Adscrito a la Sección de Oncología Quirúrgica, HCM.

Correspondencia:

Tte. Cor. M.C. José Arturo Meneses Cervantes.

Jefatura de la Sección de Cirugía General. Hospital Central Militar. Boulevard Manuel Ávila Camacho y Ejército Nacional. Lomas de Sotelo. C.P. 11200. Del. Miguel Hidalgo. México, D.F.

Recibido: Diciembre 1, 2003.

Aceptado: Diciembre 10, 2003.

la silueta mediastinal muestra discreta cardiomegalia. Llama la atención la presencia de aire por debajo de ambos diafragmas. En la placa simple de abdomen se observan gran cantidad de asas de intestino delgado en todo el abdomen, y hay ausencia de aire en colon izquierdo, así como borramiento de ambos psoas. Son imágenes compatibles con irritación peritoneal y perforación de viscera hueca.

Se realizó también un ultrasonido abdominal que reportó litiasis vesicular simple y presencia de abundante líquido libre en la cavidad. En los estudios de laboratorio se encuentra leucocitosis severa, acidosis metabólica grave, y prolongación de los tiempos de coagulación. Además hay retención de azoados e hipotasemia moderada.

Se somete a laparotomía exploradora, y en la cirugía se encuentra una peritonitis moderada con abundante líquido gástrico en la cavidad y una úlcera antral perforada. Se toman biopsias de los bordes de la úlcera y se decide repararla con un parche de Graham. Se lava exhaustivamente la cavidad y se cierra en forma convencional (el posterior reporte histopatológico de las biopsias es de gastritis crónica antral severa asociada a *Helicobacter*, y metaplasia intestinal completa). Al salir de cirugía, pasa a la Unidad de Terapia Intensiva donde se maneja con antibióticos y apoyos inotrópico y respiratorio. Evolucionará tópidamente, y al cuarto día se sospecha sepsis residual, sometiéndola a nueva laparotomía exploradora, con hallazgo de abscesos múltiples y dehiscencia de la aponeurosis, manejándose con cavidad abierta. Entre el 9 de agosto y el 13 de septiembre de 2002, se realizan 13 limpiezas quirúrgicas, y en esta fecha se cierra la cavidad dejando una gran hernia ventral. Egreso de la UTIA el 14 de septiembre, y es manejada en sala con nutrición parenteral, antibióticos y curaciones, evolucionando lentamente a la mejoría. A partir del 5 de octubre, se reinicia la nutrición por vía oral, y finalmente se egresa del hospital por mejoría el 21 de octubre de 2002. Se inicia control como externa, encontrándola siempre con gran cantidad de molestias y secreción purulenta escasa por la herida.

En la cita del 30 de diciembre de 2002 se le encuentra adelgazada, refiriendo fiebre de varios días, y con drenaje de abundante material purulento por la cicatriz quirúrgica, decidiéndose su reingreso con el diagnóstico de fistula enterocutánea. A la exploración, se le encuentra con desgaste importante, y se inicia manejo con hidratación, ayuno y nutrición parenteral. En los primeros días del reingreso se le realiza fistulografía y tomografía de abdomen corroborándose presencia de fistula con origen aparente en intestino delgado proximal (alto gasto), y complicada con presencia de colección subhepática de mediano tamaño. Con el manejo inicial mejora; sin embargo, a partir del 6 de enero de 2003 inicia con dificultad respiratoria progresiva, siendo consultada por Cardiología y Neumología. Se toma radiografía tele de tórax, en la que se reporta (se solicita la intervención del comentarista radiólogo): evidencia de múltiples áreas de opacidad en ambos campos pulmonares, compatibles con focos neumónicos; hay además, presencia de derrame pleural derecho moderado. Se establece el diagnóstico de neu-

monía de focos múltiples, iniciando el tratamiento apropiado con poca respuesta. A partir de entonces hay deterioro clínico progresivo, presentando múltiples complicaciones que fueron manejadas con poco éxito por los servicios de Cirugía General y Medicina Interna. Durante una de las evaluaciones clínicas, el 22 de enero, se detecta crecimiento ganglionar supraclavicular izquierdo y se toman biopsias del mismo. El 27 de enero se reporta la biopsia como metástasis ganglionar de adenocarcinoma poco diferenciado, con la sugerencia de buscar el tumor primario en abdomen. A partir del 25 de enero, la paciente presentó fiebre constante, dificultad respiratoria progresiva y deterioro de sus condiciones. Se agregan trastornos hídricos y electrolíticos, y todo con pobre respuesta a las múltiples intervenciones terapéuticas empleadas. En esos momentos no se contaba aún con elementos diagnósticos clínicos o de imagen que sugirieran la ubicación primaria de la neoplasia, y la familia no autoriza la realización de nuevos estudios. El 30 de enero, a solicitud de la familia, se retiran los apoyos no indispensables, y finalmente fallece el 1º de febrero de 2003. Se establecen los diagnósticos presuncionales de desequilibrio hidroelectrolítico severo consecutivo a sepsis residual en abdomen, neumonía de focos múltiples, adenocarcinoma metastásico con primario desconocido y fistula intestinal de alto gasto. Se solicitó la necropsia, que autorizaron los familiares como parcial.

Discusión clínica por el comentarista inicial

Como en toda discusión de casos clínicos, se busca inicialmente el dato más importante, y me parece que en este caso es el de dolor abdominal secundario a úlcera péptica perforada. Hasta donde sabemos, la cavidad abdominal fue ampliamente revisada y se encontró únicamente una peritonitis y la úlcera mencionada. En ese momento no se encontró evidencia de tumoraciones abdominales, y no obstante ello, se tomaron biopsias por cuadrantes de la úlcera, que a la postre se diagnosticaron como gastritis. La evolución posterior de la paciente correspondió a la usual para sepsis residual, y creo que el manejo que se dio, con drenajes quirúrgicos y aseos constantes de cavidad fueron los indicados. La paciente finalmente pudo egresar de la unidad de Terapia Intensiva con el abdomen cerrado. Fue egresada y reingresa con fistula enterocutánea; este problema desde luego, debe relacionarse con las cirugías realizadas, y siendo una fistula alta y de elevado gasto, parece normal que afectara tanto a la paciente como para condicionar una serie de complicaciones graves, y finalmente su muerte. Creo que a la luz de lo que comento no parece haber nada fuera de lo ordinario, sin embargo, ya cerca del final de la vida de la enferma se localiza un ganglio supraclavicular izquierdo reportado como metástasis de un cáncer glandular posiblemente abdominal. Creo que la posibilidad de que la úlcera perforada haya sido consecuencia de un cáncer gástrico es poco probable en virtud de que esto ocurre muy ocasionalmente, pero además, ninguno de los cirujanos reportó la presencia de tumoraciones gástri-

cas, y por si fuera poco, se tiene reportes de los bordes de la úlcera y son benignos. La posible coincidencia de un tumor extragástrico y una enfermedad ulcerosa parece más probable. La muerte de la paciente ocurre por complicaciones respiratorias e hidroelectrolíticas consecutivas a la fístula.

Por todo lo que he mencionado, creo que los diagnósticos de la paciente, en mi opinión, son:

1. Enfermedad ulcerosa gástrica complicada con perforación y sepsis abdominal grave.
2. Fístula enterocutánea secundaria a peritonitis y a múltiples eventos quirúrgicos.
3. Desnutrición grave y desequilibrio hidroelectrolítico.
4. Neumonía de focos múltiples.
5. Cáncer oculto de tubo digestivo, posiblemente de colon.

Opinión de los residentes

Los residentes de Cirugía están de acuerdo en lo general con las opiniones del comentarista inicial; sin embargo, creen que la paciente sí pudo haber padecido cáncer en el estómago, y que éste haya sido la causa de todas las complicaciones e inclusive de la muerte.

Los residentes de Medicina Interna creen que después del segundo internamiento, la paciente debió haber sido sometida a una nueva intervención quirúrgica para el control de la fístula, aunque están conscientes de la dificultad que esto hubiera implicado; así mismo creen que el cáncer detectado en la paciente fue un mero hallazgo y que las causas de la muerte fueron las ya indicadas

Comentario de Patología

Los hallazgos histopatológicos de importancia fueron: en abdomen encontramos evidencia de las cirugías previamente mencionadas. Se encuentra una colección infectada subhepática, fistulizada a la pared anterior del abdomen por un orificio de menos de 10 mm de diámetro. La vesícula se encontró adherida a tejidos vecinos, y al corte se encontró una pequeña tumoración de 10 a 12 mm ubicada en el fondo (*Figura 1*); el reporte histopatológico de esta lesión fue de adenocarcinoma mucinoso de vesícula biliar polipoide de 0.8 cm de eje mayor con infiltración vascular venosa y linfática; con metástasis a ganglios linfáticos cístico, pericoledociano, peripancreáticos y supraclavicular, con ruptura capsular e infiltración a tejidos blandos periganglionares (*Figuras 2 y 3*).

También se encontró una úlcera péptica perforada en primera porción de duodeno. Ésta midió aproximadamente 1 cm de eje mayor y se encontraba parcialmente sellada con tejido adiposo (*Figura 4*).

Además de lo anterior, se encontró hipertrofia concéntrica de ventrículo izquierdo y aterosclerosis coronaria con obstrucción de la luz de aproximadamente 60%.

Hubo también datos anatómicos de shock: necrosis tubular aguda, necrosis hepática centrolobulillar y congestión esplénica.



Figura 1. Vesícula biliar que muestra lesión polipoide de 0.8 cm de eje mayor.

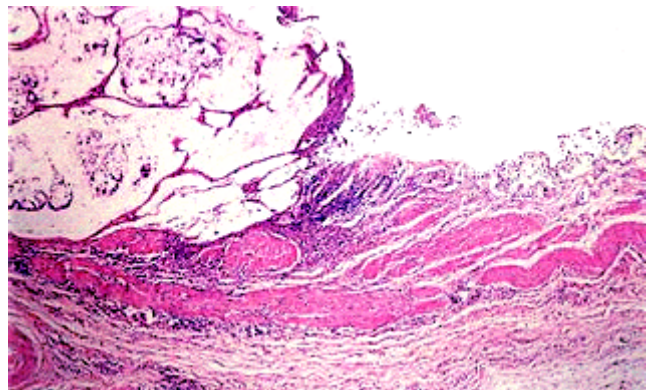


Figura 2. Corte histológico de pared de vesícula biliar que muestra un adenocarcinoma mucinoso (10X).

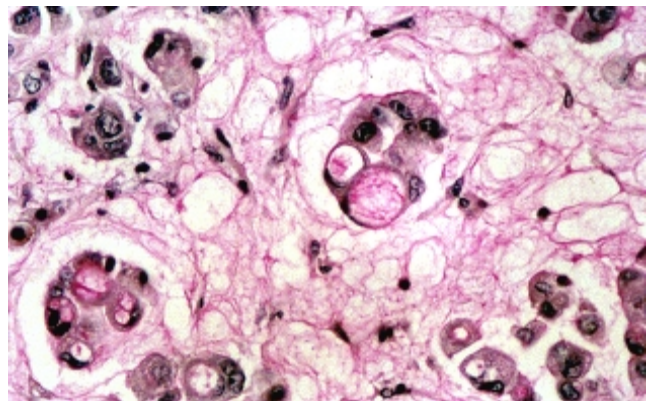


Figura 3. El adenocarcinoma mucinoso formado por grupos aislados de células neoplásicas inmersas en un lago de moco. Algunas células presentan abundante moco intracitoplásmico con el núcleo rechazado a la periferia (40X).

El adenocarcinoma mucinoso de vesícula biliar representa 4% de todos los carcinomas de vesícula biliar, tiene dos variantes histológicas, la primera y más común, la cual se presentó en este caso, está caracterizada por pequeños gru-

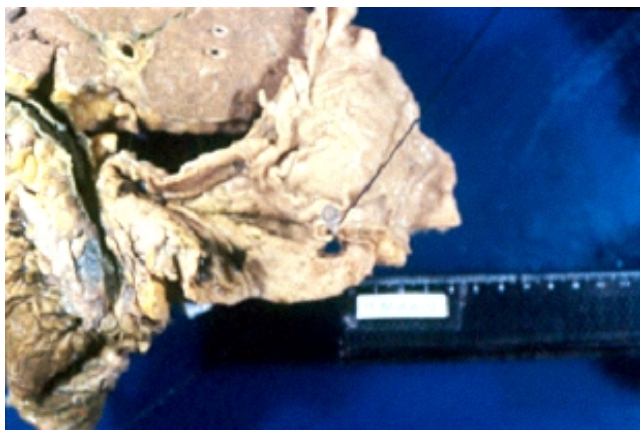


Figura 4. Úlcera péptica perforada en primera porción de duodeno de aproximadamente 1 cm de eje mayor.

pos de células epiteliales malignas rodeadas por grandes depósitos de moco extracelular, el cual ocupa más de 50% del tumor y pocos elementos glandulares, las células malignas pueden tener moco intracelular desplazando el núcleo hacia la periferia. La segunda variante morfológica está caracterizada por glándulas con dilataciones quísticas llenas de moco y las células son columnares altas con leve a moderada atipia nuclear.

Debido a que este carcinoma es poco frecuente, no se ha podido comparar su comportamiento clínico con otros tipos de carcinomas de vesícula biliar.

Preguntas del público

Mayor M.C. Antonio Arzate (Intensivista)

Deseo preguntar si el procedimiento quirúrgico inicialmente realizado fue el más adecuado y si haber realizado otro procedimiento (gastrectomía por ejemplo), pudo haber influido en los resultados finales del caso.

El Tte. Cor. M.C. Meneses Cervantes responde que, en presencia de peritonitis, el cierre de una úlcera perforada con parche de Graham es una técnica perfectamente aceptada y ampliamente realizada. La posibilidad de realizar procedimientos resectivos amplios o antiulcerosos definitivos depende del grado de peritonitis y de la gravedad del caso, pero ciertamente prolongan la cirugía e incrementan los riesgos. Sin embargo, considera que controlado el foco de peritonitis, la causa más probable de la sepsis residual fue un inadecuado aseo de la cavidad en el primer procedimiento.

Coronel M.C. Ignacio J. Magaña Sánchez (Cirujano general)

De acuerdo con la descripción de los hallazgos de autopsia, la fistula digestiva de la paciente se originaba en una úlcera duodenal, ¿cómo puede ser esto posible, si originalmente el cirujano describió una úlcera gástrica?

El Tte. Cor. M.C. J. Arturo Meneses Cervantes responde que debido a que en la cirugía inicial no se realizó ningún

procedimiento quirúrgico antiulceroso, no parece extraordinario que se haya presentado una segunda úlcera, y que ésta se haya complicado, aunque coincide en que la secuencia de eventos y los hallazgos fueron poco comunes.

Comentario de Cirugía Oncológica

Muy cerca del final de la vida de la paciente, se nos consultó por la presencia de una nodulación supraclavicular izquierda. Consideramos que era un ganglio (de Virchow), y decidimos hacer una biopsia excisional del mismo, que en su momento fue reportado como adenocarcinoma. Patología sugirió buscar el tumor primario en el abdomen. Lamentablemente las malas condiciones de la paciente no nos permitieron investigar más. La posibilidad de que el tumor se hubiera localizado en el estómago es real, y por lo tanto, ésta pudo haber sido la causa de todas las complicaciones y de la muerte. Sin embargo, sabemos que por frecuencia, el ganglio de Virchow corresponde más probablemente a cáncer de estómago, páncreas o colon, y sólo muy remotamente a cáncer de vesícula. Por otro lado, no puede descartarse que la presencia de un tumor abdominal, gástrico o de otra estructura, haya influido directamente en la mala evolución de la paciente, y que haya sido la causa de gran parte de las complicaciones y eventualmente de la muerte.

Comentario final

Éste es un caso con un problema relativamente frecuente de abdomen agudo secundario a úlcera péptica perforada. Me parece que el abordaje inicial fue adecuado, es decir, hubo una clara indicación de cirugía y ésta se realizó en forma oportuna. Como ya se discutió, el procedimiento quirúrgico empleado fue el más correcto para la úlcera perforada asociada a peritonitis. No hay duda de que no hubo indicación para realizar un procedimiento mayor. El hecho de que se presentara sepsis residual es desafortunadamente esperable para casos como éste, y por supuesto pudo haber ocurrido por una deficiente limpieza de la cavidad en el primer procedimiento, o por un inadecuado control del sitio de fuga. El manejo con cavidad abierta fue obligado, y llama la atención que una paciente tan grave haya sobrevivido, toda vez que la mortalidad de pacientes manejados con abdomen abierto es extraordinariamente elevada. La evolución posterior fue más o menos adecuada y se pudo cerrar la pared y eventualmente, egresar a la paciente. La presentación clínica de una fistula varias semanas después, pudo haber sido el resultado del deterioro de las condiciones de la paciente y de la persistente actividad péptica que no pudo controlarse médicamente. Todo lo demás es esperable, es decir, hubo desnutrición grave, infecciones nosocomiales y los desequilibrios en líquidos y electrolíticos concomitantes a las fistulas de alto gasto, y todo en conjunto culminó con el fallecimiento de la paciente.

La detección de un ganglio neoplásico en cuello casi al final de la vida de la paciente no significó mayor cambio

en su pronóstico, pero obligó a descartar la presencia de cáncer abdominal, que justificara el conjunto de problemas clínicos de la paciente. Escuchar a la patóloga decir que se encontró un cáncer vesicular, y además muy pequeño, ha sido toda una sorpresa, pero por supuesto creo que eso es solamente un hallazgo curioso y no la causa de los problemas.

La paciente falleció porque presentó una complicación relativamente frecuente de una úlcera péptica, porque la gravedad del problema desde el inicio fue elevada, y porque la enfermedad acidopéptica continuó causando daño, como prueba el hallazgo de una segunda úlcera perforada. El cán-

cer vesicular concomitante contribuyó, pero de ninguna manera fue la causa del fallecimiento.

Diagnósticos finales

1. Neumonía de focos múltiples.
2. Úlcera péptica duodenal perforada con absceso fistulizado a piel.
3. Adenocarcinoma metastático de vesícula biliar.
4. Litiasis vesicular múltiple.
5. Adherencias peritoneales múltiples.
6. Hernia ventral.